مستويات الألم والاكتئاب وعلاقتهما في الشعور بالعجز لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر في عمان.

إعداد

رغدة عزمي أحمد جرّار

المشرف

الدكتور أشرف فارس القضاة

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنيَّة

آب، ٢٠١١

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة/الأطروحة (مستويات الألم والاكتئاب وعلاقتهما في الشعور بالعجز لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر في عمان) وأجيزت بتاريخ ٢٠/٧/٢٠١١

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور أشرف فارس القضاة، مشرفاً أستاذ مساعد- علم النفس الاكلينيكي	....
الدكتور محمد محمود بني يونس، عضواً أستاذ مشارك - علم النفس الفسيولوجي	....
الدكتورة أروى أديب العامري، عضواً أستاذ مشارك - علم النفس الاكلنيكي	....
الدكتورة وسام بريك، عضواً أستاذ مشارك - علم النفس الشخصية (جامعة عمان الأهلية)	....

الشُكر

"الْحَمْدُ لِلّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَـــذَا وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِيَ لَوْلا أَنْ هَدَانَا اللّهُ"

في البداية أحمد الله حمداَ كثيراَ طيباَ على توفيقه إياي لإنجاز هذا العمل منذ أن كان فكرة إلى أن صار عملاً على حيز الوجود.

أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى قدوتي وأستاذي والذي أعتبره أفضل مــشرف فـــي العالم الدكتور أشرف القضاة الذي ما بخل علي بعلمه ووقته من خلال إشرافه على هذه الرسالة. كما أشكر لجنة المناقشة الممثلة بالدكتورة أروى العامري، والـــدكتور محمـــد بنـــي يـــونس، والدكتورة وسام بريك، الذين قدموا آراءهم لإثراء هذه الرسالة من خلال ملاحظاتهم القيمة.

وأتقدم بالشكر للدكتور محمد الدباس، الذي قدم كل الدعم والتسهيل الممكـــن لتكـــون هـــذه الرسالة على هذه الصورة. كما أشكر كل المستشفيات والعيادات ومراكـــز العـــلاج الطبيعـــي ومراجعيهم، الذين تعاونوا معي في جمع البيانات، وكل من ساهم في تقييم أدوات الدراسة.

كما أشكر توأمي رندة جرّار، وصديقاتي نور العقرباوي، ومجد الشامي اللواتي كـــن نعـــم الرفيقات في كل خطوة من خطوات إعداد الرسالة.

وأخيراَ، لا يسعني إلا أن أتقدم بباقة محبة وتقدير وعرفان إلى كل أعضاء قسم علم الـــنفس في الجامعة الأردنية، وكل من ساهم في تعليمي ووصولي إلى هذه المرحلة.

فهرس المحتويات:

الموضوع **الصفحة**

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

الفصل الرابع: النتائج

الفصل الخامس: المناقشة والتوصيات

المراجع:

قائمة الجداول:

مستويات الألم والاكتئاب و علاقتهما في الشعور بالعجز لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر في عمان.

إعداد

رغدة عزمي أحمد جرار

المشرف

الدكتور أشرف فارس القضاة

الملخص

هدفت الدراسة الحالية للتعرف إلى مدى مساهمة مستوى الألم في الشعور بالعجز، و مدى مساهمة الاكتئاب، في زيادة الشعور بالعجزعند عينة من مرضى آلام أسفل الظهر لمراجعي العيادات والمستشفيات ومراكز العلاج الطبيعي في مدينة عمان.

تألفت العينة من ١٢٣ مريض قاموا بتعبئة مقياس بيك للاكتئاب (النسخة الثانية)، مؤشر العجز المرتبط بالألم، ومتدرج القياس لتقدير درجات الألم. ولقد تم استخدام الإحصاء الوصفي/ التكرارات لمعرفة مدى انتشار كل من متغيرات الدراسة في العينة. ولفحص الفرضيات، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، كما تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد، وتحليل الانحدار الهرمي لمعرفة إلى أي مدى يفسر كل من الألم والاكتئاب العجز سوية، وكل واحد على حدة.

وقد بينت النتائج وجود نسب انتشار مرتفعة للألم والاكتئاب والشعور بالعجز، وتبين وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين مستوى الألم ومستوى الشعور بالعجز، وبين مستوى الاكتئاب ومستوى الشعور بالعجز، كذلك بين مستوى الألم ومستوى الاكتئاب. كما أشارت النتائج إلى أن الاكتئاب والألم يفسران ٣٩% من الشعور بالعجز، ويفسر الألم وحده ١٢% من الشعور بالعجز بينما يفسر الاكتئاب وحده ٣٦% منه. وتؤكد هذه الدراسة على أهمية الجوانب النفسية إلى جانب الطبية في معالجة وتأهيل مرضى آلام أسفل الظهر.

الفصل الأول

المقدمة

المقدمة:

الألم ظاهرة معقدة التركيب لها عدة جوانب، فسيولوجية ونفسية واجتماعية، ويمكن تعريفه حسب الرابطة الدولية لدراسة الألم على أنه : "تجربة انفعالية أوحسية غير سعيدة ترتبط بعطب حقيقي أو محتمل في الأنسجة، أو أنه يوصف في إطار ذلك العطب"، (Felicla, 2010).

كان الاهتمام بموضوع الألم يقتصر إلى حد بعيد على علماء الفسيولوجيا والتشريح، كما أن الاجراءات العلاجية المتعلقة به كانت من اختصاص جراحي الأعصاب، إلا أن هذه الاتجاهات تغيرت في السنوات القليلة الماضية، حيث بدأت التفسيرات المتعلقة بالألم باستخدام المفاهيم النفسية بالانتشار، بالتالي تدخل طرق البحث والعلاج النفسي في محاولة تلطيف الألم والتدبر معه (strenbach,1978).

تعددت الاختصاصات ووجهات النظر التي تناولت موضوع الألم، وذلك تبعاً لتطور علوم الألم وتطور الألم "كمشكلة"، فلكل اختصاص اهتماماته وتعريفاته. فبينما يهتم اختصاصيوا فسيولوجيا الطب والأعصاب بدراسة طبيعة المثيرات وكيفية الإحساس بها، وانتقالها العصبي إلى الدماغ؛ يهتم علم النفس الفسيولجي، بإجراء دراسات خاصة بطبيعة الإحساس والإدراك. أما الطب النفسي وعلم النفس الاكلنيكي، فأخذا على عاتقهما الاهتمام بالظواهر والاضطرابات النفسية كمضاعفات يخلفها الألم.

وهكذا وجه المختصون بعلم النفس، خاصة علم النفس الفسيولوجي اهتمامهم وأبحاثهم إلى هذا المجال الجديد، وأصبح الألم يعد ظاهرة نفسية إكلنيكية، إلى جانب أسسها الطبية (هيشان، ١٩٩٠).

وواحد من أشكال الألم هو آلام أسفل الظهر، إذ تظهر الدراسات أن حوالي ٨٠% من مجمل سكان العالم عانوا من ألم أسفل الظهر مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم (السراج، ١٩٩٦؛ باكير،٢٠٠٣؛ ميلر، ٢٠٠٢). ويشكل ألم أسفل الظهر السبب الثاني من بين أسباب زيارات الأطباء (باكير، ٢٠٠٣). ويعاني الأفراد في المراحل المتقدمة منه من آلام شديدة قد تؤثر في الوظائف الحيوية للفرد، مما يشكل لديه عجزاً عن أداء وظائفه الحياتية اليومية (Steiger, 1975).

تشير العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الألم والشعور بالعجز (Haythornthwaite, Sieber & Kerns, 1991; Aceves-Gonzalez & Prado-Lilia,

(2008، فإن الألم غالباً ما يؤدي إلى انعدام في القدرة على أداء نشاطات معينة فـــي الحيـــاة اليومية. وقد يمتد تأثير الألم إلى السلوك العام للفرد، ليؤثر بعد ذلك على شخـــصيته وســـلوكه الاجتماعي، وقد يؤدي بالفرد إلى الاعتماد على المسكنات، أو المهـــدئات. إذن، فـــالألم يطـــور سلوكات غير توافقية تؤثرعلى أداء الفرد وعلى مجريات حياته وقد تهدد مستقبله.

إن الألم مهما كانت أسبابه يتفاعل مع الحياة النفسية للفرد، فيتأثر بناؤه النفسي في ضـــوء تنشئته وخبراته، فيصبح الألم ضغطاً وعبئاً جديداً يواجه الفرد مما يثبط الدافعية، ويزيـــد مـــن الإحباط، ويقلل الطموح، ويزيد من التشاؤم.

كما تشير الكثير من الدراسات إلى أن الآلام المزمنة، مثل آلام أسفل الظهـــر، عـــادةً مـــا يرافقها مشكلات نفسية كالشعور بالقلق والضغط والغضب والاكتئاب وغير ذلك، بحيث وجدت الدراسات أن هناك علاقة تبادلية بين الألم والاكتئاب، إذ يؤثر كل منهما على الآخر بحيـــث إذا أصيب الفرد بالألم المزمن فإنه على الأغلب سيطور أو يتصاحب مع الاكتئاب، و أن الألم هـــو من الأعراض التي كثيراً ما تنشأ مع أو تتطور عند الفرد إذا ما أصيب بالاكتئـــاب، (Covic, Tyson, Spencer& Howe, 2005). إلاّ الدراسات في هـــذا المجـــال فـــي الأردن غيـــر موجودة. ومن هنا جاءت هذه الدراسة في محاولة للتعرف إلى العلاقة بـــين الألـــم والاكتئـــاب والعجز لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر في مدينة عمان.

مشكلة الدراسة:

تبعاً للدراسات التي تُشير إلى أن الألم يرتبط بشعور الكثير من المصابين به بالعجز عن أداء الكثير من وظائفهم اليومية. و أن الألم و ما يرافقه من شعور بالاكتئاب قد يزيد من شعور الفرد بالعجز، فإن الدراسة الحالية حاولت الكشف عمّا إذا كان هناك علاقة بـــين الألـــم (آلام أســـفل الظهر) و بين الشعور بالعجز عند عينة من المصابين بآلام أسفل الظهر في مدينة عمـــان. و كذلك التعرف إلى فيما إذا كان الاكتئاب يُرافق الألم عند نفس العينة، و فيما إذا كان الاكتئاب له ارتباط بشعور عينة الدراسة بالعجز. وستفيد هذه الدراسة في الكشف عن مدى أهمية الجانـــب النفسي المتعلق بالألم وخصوصاً الاكتئاب النابع من الألم في تحسين قدرة مرضى الألـــم علـــى أداء وظائفهم اليومية وتخفيض مستوى عجزهم.

أهداف الدراسة وفرضياتها:

هدفت الدراسة الحالية للتعرف إلى مدى مساهمة مستوى الألم في الشعور بالعجز، ومـــدى مساهمة الاكتئاب – إن وُجد – في زيادة الشعور بالعجزعند عينة من مرضى آلام أسفل الظهر. وذلك من خلال فحص الفرضيات التالية:

– هناك علاقة بين مستوى الألم والعجزعند مستوى الدلالة $0.05 \leq \alpha$ بحيث أنه كلما ارتفـــع مستوى الألم ارتفع مستوى العجز.

– هناك علاقة بين الاكتئاب و الشعور بالعجز عند من يعانون من الألم عند مستوى الدلالـــــة $0.05 \leq \alpha$ بحيث أنه كلما ارتفع مستوى الاكتئاب ارتفع مستوى العجز.

– هناك علاقة بين مستوى الألم و الاكتئاب عند مستوى الدلالة $0.05 \leq \alpha$ بحيث أنـــه كلمـــا ارتفع مستوى الألم ارتفع مستوى الاكتئاب.

أهمية الدراسة:

تتلخص أهمية الدراسة الحالية في أنها تُحاول التعرف إلى العلاقة بين أحد الأعراض المهمة للمشكلات الصحية (الألم) و بين ما يمكن أن يعكسه ذلك على قدرة الفرد فـــي أداء مهامـــه أو نشاطاته الحياتية اليومية، آخذةً بالإعتبار أحد الأبعاد النفسية (الاكتئاب)، و الذي تشير الكثير من الدراسات إلى أنه يرتبط بكل من الألم و العجز، و التعرف إلى ما إذا كان الاكتئاب يزيـــد مـــن الشعور بالعجز، و هذا يتيح التعرف إلى مدى الارتباط بين الحالات الطبية/الصحية من جهة، و الحالات النفسية من جهة أخـــرى. و التعـــرف أيـــضاً إلـــى التـــأثيرات المـــشتركة للحـــالات الطبية/الصحية و الحالات النفسية على قدرات الأفراد على ممارسة نشاطاتهم الحياتية بفاعلية.

كما تعتبر هذه الدراسة هي الأولى من نوعها في الأردن بحيث تفتح هـــذه الدراســـة المجـــال للدراسات التطبيقية بتطوير برامج تخفيف العجز الناتج عن الألم من خلال دمج برامج العـــلاج النفسي ضمن الخدمات الطبية المقدمة للمرضى.

التعريفات النظرية والإجرائية لمتغيرات الدراسة:

في ضوء مراجعة الدراسات السابقة والأدبيات ذات الصلة، فقد تم تعريف متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

الألم:

يُصطلح على تعريف الألم بين المختصين على أنه تنبيه أو تحذير جسمي طبيعي للفرد بأن هناك حاجة للتعامل مع حالة غير طبيعية في الجسم. أو أن هناك خطر ما يستدعي أن يقوم الفرد بإجراءٍ معين للتخفيف منه أو إنهائه. أما التعريف العلمي المُعتمد للألم من قبل الرابطة الدولية لدراسة الألم فهو خبرة انفعالية أوحسية غير سعيدة ترتبط بعطب حقيقي أو محتمل في الأنسجة، أو أنه يوصف في إطار ذلك العطب"، (Felicla, 2010) .

ويعرُف الألم إجرائياً على أنه: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على متدرج مقياس الألم. بحيث يقوم المفحوص بتقدير ألمه على متدرج يستخدم اسلوب ليكرت. و يكون هذا المتدرج من صفر إلى عشرة. بحيث تدل الدرجة صفر على الغياب التام للألم، و تدل الدرجة عشرة على أن الألم هو في أكثر مستوياته التي يمكن أن يتخيلها الفرد شدةً.

الاكتئاب:

يعرف بيك الاكتئاب على أنه "حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الاحساس بالوحدة، والانطواء، والأرق، وتغيرات جسمية، وتغير وزن الجسم، وخمول وبطء في الاستجابة، (Beck, 1980).

ويعرف الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revised DSM-IV-TR) على النحو التالي "الشخص المكتئب هو الشخص الذي تنتابه على الأقل خمسة من الأعراض التالية خلال أسبوعين: المزاج المكتئب، فقدان الاهتمام أو فقدان الشعور بالمتعة، النقصان أو الزيادة الملحوظة في الوزن، النسيان، التأخر النفسي الحركي، الشعور بالتعب من أقل مجهود أوفقدان الطاقة، فقدان القيمة، الشعور بالذنب، انخفاض نسبة التركيز الذهني، زيادة الأفكار عن الموت والانتحار او الإقدام على الانتحار".

ويعرف الاكتئاب إجرائياً على أنه: درجة المفحوص على قائمة بيك الثانية للاكتئاب.

العجز:

يعرف العجز على أنه نقص الكفاءة أو انعدام في القدرة على أداء نشاطات معينة في الحياة اليومية بسبب عطب طبي، (Wilson, Watson, Haythornthwaite & Jensen, 2008).

أما إجرائياً: فهو درجة المفحوص على مؤشر العجز الناتج عن الألـــم Pain Disability Index (PDI).

محددات الدراسة:

- اقتصرت الدراسة على عينة من المرضى الذين يراجعون عيادات العظام والمستـــشفيات ومراكز العلاج الطبيعي في عمان، مما قد يؤثر على إمكانية تعميم النتائج على كافة المجتمـــع الأردني.
- استخدام أسلوب التقرير الذاتي لجمع البيانات من المفحوصين.

الفصل الثانـي

الأدب النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

الألم:

عند الحديث عن موضوع الألم، يجب أن نأخذ بعين الاعتبار أولاً طبيعة الألم، الذي يكـون عادةً ذاتي، أي يخبره الشخص لكن لا يشعر به الآخرين، إلا أنه من الممكن أن يرى الآخـرين دليل على التغير للشخص الذي يشعر بالألم (Mersky, 1975).

تختلف وتتباين مستويات الألم عند الأفراد بناءً على عدة عوامل مثل: مكان وشدة ونوعيـة الألم أو الأسباب التي أدت إليه سواء كانت بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية. كما أن هـذه الآلام يمكن أن تكون آنية (لفترة أقل من ٣ شهور)، أو مزمنة (لفترة أكثر من ٣ شـهور) (Felilca, 2010).

تعريف الألم

يعرف ميرسكي الألم على أنه "خبرة مرتبطة بإصابة جسدية يعبر عنها بأسلوب نفسي مثل الإحساس بالضيق والبؤس والحزن وعدم الارتياح والتعاسة"(Mersky, 1975).

أما ليبزيكايند فيقدم تعريفاً مفصلاً للألم، حيث يقول إن الألم يعني أشياء كثيرة مختلفة، وله متغيرات متعددة، فوجود مثير مؤلم لا يعني بالضرورة أن هناك خبرة مؤلمة قد حدثت، كما أنه يجب التفريق بين الإدراك الطبيعي للألم أو لمثير مؤلم، وبين الألم الناتج عن أسباب مرضـية، كذلك يجب التفريق بين الألم الحاد والألم المزمن. وهذا كله يساعد في التمييز بـين المظـاهر المتعددة لخبرة الألم، مثل التمييز الحسي والمكونات الانفعالية والدافعية للألـم. (Libeskind, Paul, 1977)

سلوك الألم: هو كل ما يظهر على الفرد من تعبيرات عن الإحساس بالألم، سواء كانت لفظية أو حركية (الحنفي، ١٩٧٨).

حجم المشكلة:

إن مشكلة الألم تعتبر عنصراً مشتركاً في جميع الأمراض، خاصة المزمنة والخطيرة، كإصابات الحروق، والحوادث الجسمية المختلفة، وكذلك آلام الظهر والصداع المزمنة، وآلام المفاصل وغير ذلك. إذن، فالألم ظاهرة منتشرة في جميع المجتمعات خاصة المتقدمة منها (هيشان، ١٩٩٠).

أنواع الألم:

هناك عدة أنواع للألم، تختلف في شدتها من حيث أسبابها: (هيشان، ١٩٩٠).

١- الألم البسيط: وهو الألم الناتج عن الحوادث اليومية العابرة، التي يتعرض لها الفرد في منزله أو خارج المنزل والتي لا تستدعي مراجعة الطبيب.

٢- الألم الحاد: وهو الألم الناتج عن الاصابات الجسمية الشديدة او العمليات الجراحية، أو حالات الولادة.

٣- الألم الدوري المزمن: هو ألم حاد ولكنه متقطع مثل آلام الصداع النصفي.

٤- الألم المزمن: هو الذي يصعب تسكينه ، ويستمر معظم الوقت، مع الاختلافات في شدته. مثل آلام أسفل الظهر وآلام المفاصل.

٥- الألم المزمن المتزايد: وهذا يصاحبه مضاعفات سلبية فسيولوجية أخرى.

٦- الألم المحدث تجريبياً: وذلك عن طريق إحداث مثير مؤلم، مثل استخدام الصدمة الكهربائية، أو حبس الدم في العضلات، أو الوخز، وغير ذلك.

٧-الألم النفسي المنشأ.

٨- الألم الكاذب.

الشعور بالألم

يتم الشعور بالألم عبر تفاعلات كيميائية وكهربائية تنقل الشعور بالألم من الأعصاب عن طريق النخاع الشوكي وصولاً إلى الدماغ و تشكل الأعصاب المحيطة شبكة من الألياف العصبية

وظيفتها نقل الشعور بالألم الناجم عن الجروح والحروق وآلام المفاصل والعظام مروراً بالنخاع الشوكي وصولاً إلى الدماغ حيث يتم الإدراك الحقيقي للألم. (البطاوي، ٢٠٠٩).

إدراك الألم:

العوامل التي تؤثر في إدراك الألم:

يتأثر إدراك الألم بعمليات التمييز الحسي والدافعية والانتباه والتخيل والذاكرة النشطة والتوقعات وطبيعة الحاجات الشخصية. إن العوامل المعرفية والنفسية لها أثر بالغ في إدراك الألم والاستجابة لطبيعة ذلك الإدراك. (صادق، ١٩٩٨).

إن الموقف والسياق يؤثران في الألم، إذ يدرك المرضى بعد العمليات الجراحية ألمهُم بصورة مرتفعة ويطلبون المزيد من المسكنات. بينما يدرك المقاتلون في المعركة ألمهم بصورة أقل وذلك لصرف انتباههم وتحويله من الألم إلى هدف أسمى وأكثر أهمية وهو الفوز وقهر العدو، على الرغم من كثرة الجروح التي يتعرضون لها.

إن العامل النفسي يزيد من غموض ظاهرة الألم، فإن لكل فرد خبرته الخاصة، فعندما نشاهد ونسمع المريض يتألم فإننا لا نستطيع فهم ألمه. وإذا تحدث عن ألمه، فإننا نفهم ذلك بصورة مختلفة تماما عن إحساسه الحقيقي بالألم، إن ذلك يعني وجود عمليات إدراكية و انفعالية تتوسط بين الإحساس بالألم لدى المريض وطرق التعبير عنه. (هيشان، ١٩٩٠).

قياس الألم:

ذكر (ليبز كايند، ١٩٧٧) أن قياس الألم يعد من المسائل الصعبة التي يواجهها الباحثون، وذلك نظراً لصعوبة تحديد المفاهيم والمصطلحات المتعلقة بظاهرة الألم، كذلك لصعوبة تحديد المتغيرات والميكانيزمات العصبية التي تزيد أو تقلل من الإحساس بالألم، كما أن استجابات الألم تتغير في شدتها فهناك الإحساسات المؤلمة الناتجة عن المثيرات المزعجة، وهناك الألم الذي له أصول مرضية والألم الناتج عن الإصابات والحوادث، والآلام الحادة التي يصعب تسكينها، والآلام المزمنة. هذا بالإضافة إلى أن هناك عوامل نفسية وفسيولوجية تتعلق بإدراك الألم.

في الحقيقة لا يوجد طريقة علمية كمية محددة لقياس الألم، وذلك بسبب طبيعة الألم ذاته التي تتسم بالتعقيد، ولا يوجد ظواهر عصبية للألم يمكن قياسها تجريبياً. وحتى الآن لا يوجد

مقاييس مقننة خاصة بالألم. ويعد أسلوب التقرير الذاتي الأسلوب الأكثر استخداماً لتقدير الألم، حيث يقدر المريض ألمه على تقديرات متدرجة من ٠–١٠ درجات (Hardy, 1997; Felicla, 2010).

علاقة العوامل النفسية بالألم:

أشارت العديد من الدراسات إلى الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في إدراك الألم واستمراره، بالإضافة لذلك يعتبر القلق مساهم شائع يرافق شكوى الألم، حيث يركز فيه المريض على الاهتمام بصحته الجسمية من خلال وجود الأعراض التي ترافق التوتر مثل الصداع وآلام الظهر. كما ترافق هذه الحالة المبالغة في إدراك وجود أعراض عضوية غير مرتبطة بالتوتر. يمكن تقسيم الألم من خلال ارتباطه بالأمراض النفسية إلى عدد من المجموعات. ومن الاضطرابات الشائع ارتباطها بالألم.

علاقة الألم بالاكتئاب:

عادةً ما يكون لدى مرضى الاكتئاب، حالة من الاهتمام والوعي بالحالة الجسمية، هذا وأن الشكاوى من الألم تكون شائعة أيضاً، حيث عادةً ما ينشغل مرضى الاكتئاب بالشكاوى من الألم. وهنا يجب أن تتم ملاحظة بعض الجوانب المتعلقة بسلوك المريض والسؤال عنها، مثل إذا ما كان المريض يشعر بتدني المزاج، أو ما إذا كان يشعر بالتعب والإنهاك أكثر من المعتاد، أو أنه غير قادر على التركيز، فقد الاهتمام بالعمل، فقد القدرة على العمل بكفاءة، ينسحب من التواجد مع الأصدقاء أو العائلة، فقد القدرة على البكاء، مر بفترة اضطراب في النوم، تغير وزنه أو تغيرت شهيته، انخفض عنده الاستمتاع بالجنس، أو لديه تفكير بالانتحار. ومن المهم أيضاً السؤال عن حالات الاكتئاب (خصوصاً التي تتطلب إدخالاً إلى المستشفى)، تاريخ تناول الكحول، أو أي حالات زيادة بالنشاط المترافقة مع سلوك هوسي. كذلك يجب أن يتم أخذ تاريخ العائلة المرتبط بالاكتئاب والكحول.

عادةً ما يرافق الاكتئاب المتوسط والشديد ألم عضوي مزمن. وعندما تكون شكوى الألم مقترنة بالاكتئاب، وتكون مهمة التشخيص هنا هي التمييز بين الألم ذو المنشأ النفسي الناتج عن الاكتئاب، والاكتئاب كأمر ثانوي ناتج عن الألم المزمن. ويمكن تمييز ذلك من خلال محاولة التعرف على حالة بدء الألم وبدء الاكتئاب، إلا أن هذه المهمة تكون صعبة أحياناً وتتطلب الحذر خلال أخذ التاريخ مع الانتباه لكل الأحداث التي تمر في حياة المريض في الوقت الذي بدأت به الشكوى من

الألم. وإذا لم يوجد سبب عضوي للشكوى من الألم، فإنه يوصى بإعطاء مضادات اكتئاب، ويكون المريض هنا بحاجة إلى تقييم نفسي أعمق(Gildenberg & DeVaul, 1985) .

علاقة الألم بالقلق:

يزيد القلق أيضاً من حالة الوعي والاهتمام بالجسم. وعادة ما يصاحب القلق حالات خوف غير محددة والتي تزيد بدورها من الاهتمام بأعراض الضيق الناتج عن مشكلة طبية. إن واحد من الأعراض الطبية التي تصاحب القلق هو الألم في الصدر، الناتج عن تسارع ضربات القلب، فعندما يصل القلق لغاية مرحلة الهلع، يبدأ المريض بشكل لا شعوري بحالة تسارع ضربات القلب مما يحدث بعضاً من التغيرات الفسيولوجية مثل التغير في الحمض القاعدي في الدم، بالتالي يصبح هناك اضطراب في الجهاز العصبي العضلي. وخلال ذلك تحدث تغيرات مثل التنميل في الأطراف، وجفاف الفم، وصعوبة في التنفس، وضيق يؤدي إلى آلام في الصدر.

يعتبر وجود أو غياب حالة التعايش مع قلق مزمن هو الدليل على التفريق ما بين الذبحة الصدرية والألم في الصدر الذي ينتج بسبب القلق، في كلا الحالتين يتم التشخيص اعتماداً على حالة المريض وتاريخه. إلا أن هناك اعتبارين يجب أخذهم بالحسبان عند القيام بالتشخيص الفارقي: ١. عما إذا كانت أعراض القلق مثل صعوبة التنفس أو تسارع ضربات القلب قد سبقت حالة ألم الصدر، إذا كان الأمر كذلك فإنه على الأغلب يمكن تفسير الألم على أنه ناتج عن القلق وأعراضه. أما إذا لم تسبق هذه الأعراض الألم، فتزيد احتمالية التشخيص بالذبحة الصدرية. ٢. هل يستجيب المريض لإدراك الألم بحالة من الهدوء كأن يتحرك بشكل اعتيادي ويفتح النافذة محاولاً استنشاق هواء نقي؟ فإن هذه الاستجابة عادة ما تقترح وجود ذبحة صدرية، أما عندما يشكو المريض من حالة تمزق في الصدر، فغالباً ما تكون ردة فعل لقلق مزمن. وحتى يستطيع الطبيب تفسير حالة تسارع ضربات القلب الناتج عن القلق، يطلب من المريض أن يقوم بعملية تنفس مكثف داخل العيادة، بالتالي يزيد تسارع ضربات القلب، ثم يقوم الطبيب بهذه الحالة بشرح ارتباط سرعة التنفس بتسارع ضربات القلب ثم يعلم المريض كيف يتعامل مع هذه الحالة.

عندما ينتج تسارع ضربات القلب من القلق والإحساس بالخوف، تستثار حالة من النشاط الفسيولوجي حتى يدافع الجسم عن نفسه، حيث يدرك الجسم بأنه بموقف ضاغط، مما يحفز نشاط أجهزة الجسم من أجل الدفاع والبقاء. ولهذه الأسباب فإن القيام ببعض التمارين مثل المشي يساعد على تنظيم ضربات القلب مما يخفف من حالة التسارع. وهناك أساليب أخرى مثل القيام بتمارين التنفس وعمل مراقبة للتنفس يخفض من هذه الحالة، وفي الغالب فإن مجرد طمأنة المريض بأن

التسارع في ضربات القلب هو الذي يؤدي إلى الألم فإن ذلك يمكن المريض من السيطرة على حالة التنفس المكثف (Gildenberg & DeVaul, 1985) .

علاقة الألم بالحزن الذي لم يتم التعامل معه:

تعتبر حالة الحزن والحداد التي تلحق وفاة أحد الأقارب أو الأصدقاء المقربين عملية طبيعية وضرورية. وعندما تسير عملية الحزن بشكل مناسب، تمر حالة الفقدان بمراحل مختلفة يعايش الفرد فيها الإحساس بالكثير من الانفعالات حتى يصل أخيراً إلى تخطي أو حل لمشكلة الحزن حيث تعود إليه الرغبة في الحياة. أما أولئك الذين يكونون غير قادرين على التعبير عن الحزن بشكل مطلق تزيد لديهم الخطورة لحدوث اضطراب نفسي.

لا يعتبر غريباً في بداية مراحل الحزن أن يصبح هناك بعضاً من الشكاوى من الألم التي تتشابه مع تلك الآلام التي عانى منها الفقيد في المراحل الأخيرة والتي أدت به إلى الوفاة. وإذا لم يستطع الفرد تجاوز هذه المرحلة فإن البقاء فيها يمكن أن يستمر ويصبح هناك حالة مرضية. حيث يطلب الفرد في هذه الحالة المساعدة الطبية من خلال طرحه لمسميات تستخدم لوصف مرض الموت. ومثل هؤلاء الأفراد يمكن تحديدهم بسهولة من خلال السؤال عن سبب وفاة الشخص المقرب خلال أخذ التاريخ المرضي، وعندما يكشف المريض للطبيب عن حالة الوفاة يسأل الطبيب المريض أسئلة مثل "كيف كانت استجابتك للوفاة"، "هل حضرت الجنازة"، "هل ما زلت تشعر بالحاجة للبكاء على الوفاة".

ويمكن توقع وجود الحزن الذي لم يتم حله عندما يصف المريض حالة الفقدان بأنها مؤلمة جداً. وكذلك عندما يصف المريض حاجته للبكاء وعدم القدرة عليه. وتكون صورة الشكوى من الألم على أنه حالة من الموت هي العلامة أو المؤشر الواضح على تشخيص حالة الحزن الذي لم يتم حله، هذا على الرغم من أن الأعراض قد تأخذ أشكال أخرى. والتأكيد الأكثر على ذلك يمكن أن يكون من خلال الأسئلة التي ذكرت بالسابق.

إن من أفضل النصائح هي القيام بجلسات إرشادية منتظمة مع طبيب العائلة ، أو أخصائي العمل الاجتماعي. وخلال الجلسات يحاول المعالج جعل المريض يتحدث عن الفقد وعن كل المشاعر المربكة والمتباينة الشدة المرتبطة بالحزن (Gildenberg & DeVaul, 1985).

النظريات التي فسرت الألم

١-النظرية التخصصية: Specificity Theory

ترى هذه النظرية أن الألم عملية جسمية أو نظام جسمي خاص، فهناك مستقبلات نوعية وخاصة بالألم، في كل عضو، فعندما تثار هذه المستقبلات فإنها تحس وتدرك نوع الألم أي أن الألم له مراكز وميكانيزمات خاصة، تحس بالألم عن طريق المستقبلات والتي هي عبارة عن نهايات عصبية منتشرة في جميع مناطق الجسم (Lipton,1979; Nursing85 Books, 1985; Hardy, 1997).

٢- النظرية النمطية: Pattern Theory

ظهرت بعد النظرية التخصصية وجاءت متممة لها. ويرى أصحاب هذه النظرية، أن نهايات الأعصاب المنتشرة في جميع أجزاء الجسم، ليست مجرد مستقبلات لأنواع الإثـــارة المختلفـــة، وإنما تعمل النهايات العصبية وفق نظام خاص ورموز معينة، بحيث تحدد وتميز نماذج الدفعات العصبية خلال انتقالها إلى الجهاز العصبي المركزي، وذلك كما في حالة الانفعالات، والخبرات السابقة، والتغيرات المختلفة (Nursing85 Books, 1985; Hardy, 1997) .

٣. نظرية البوابة: The Gate Theory

وضع كل من عالم النفس الكندي " رونالد ميلزاك "، وعالم الفيزيولوجيا (وظائف الأعضاء) الانكليزي " باتريك وول" ، معاً نظرية حديثة لتفسير ظاهرة الألم، وأسمياها "نظرية البوابة"، مضمونها أن الحبل الشوكي للجسم يشتمل على ما يمكن النظر إليه كبوابة، تفتح بواسطة الأحاسيس التي تنقلها أعصاب الحس، وكذلك بواسطة أوامر من الدماغ (Hannington-Kiff, 1974).

ووفقا لنظرية البوابة يمكن تفسير بعض الأمور الغامضة المرتبطة بظاهرة الألم، فمثلاً: في حالة لاعب السيرك الذي يغرز في جسمه قطعاً من الزجاج أو المسامير المعدنية دون الشعور بالألم، تكون حالة الزهو أو الرضا عن النفس نتيجة عمل خارق، سببا في أن يصدر المخ أو أمره بإغلاق البوابة في الحبل الشوكي، فلا يمر الإحساس بالوخز الذي تنقله الأعصاب الطرفية، ولايصل إلى المخ، وبذلك لا يشعر ذلك الإنسان بالألم (Hardy,1997; Lipton, 1979).

ووفقا للنظرية نفسها، فإن الأحاسيس المتباينة، التي تنقلها الأعصاب الطرفية يمكن أن تكون سبباً في إغلاق البوابة في الحبل الشوكي، أو فتحها. وعلى ذلك يمكن القول: إن الوخز بالإبر

الصينية، وكمادات الثلج تكون سبباً في إغلاق بوابة الألم في الحبل الشوكي.

كذلك تفيد نظرية البوابة في تفسير نوع من الألم، حار الطب والعلماء في تفسيره، وهو مايسمى " ألم الشبح Phantom Pain " (ألم العضو المبتور) ؛ فبعض المرضى الذين يتطلب إسعافهم بتر جزء من الجسم، مثل ساق أو ذراع ، يشعر أحيانا بآلام مبرحة في موضع الجزء المبتور، وليس في الجزء الباقي منه؛ فإذا تم اعتبار أن حسرة المصاب على فقدان ذلك الجزء من الطرف المبتور من الجسم تكون سبباً في فتح بوابة الألم، أمكن بذلك تفسير حدوث الألم لديه (صادق، ١٩٩٨).

٤ – التحليل النفسي:

يرى التحليليون أنه إذا ما أصيب الفرد بصدمة كبيرة أو تعرضت حياته للخطر، يصاب بحالة تسمى بعصاب الصدمة.

كما ترى هذه النظرية أن الألم عكس اللذة، وبما أن الانسان عادةً يسعى للوصول للذة فإن أي ألم وتوتر لابد أن يأخذ سبيلاً إلى التناقص حتى يصل الفرد إلى اللذة. ويمكن تفسير الألم لديهم على أنه لذة لم يستطع الفرد أن يظفر بها، وغالباً ما يكون الألم لديهم من النوع الإدراكي.

كما يرى فرويد أن الألم عرض هستيري، شائع وغالباً ما ينتج عن الإحباط. وهناك علاقة بين الألم والعدوان. فالألم يثير مشاعر الاستياء والغضب مما يؤدي إلى الاحساس بالذنب (هيشان، ١٩٩٠).

٥–النظرية السلوكية:

يحلل السلوكيين الألم إلى عوامله الأولية على اعتبار أن للألم مظاهر يمكن ملاحظتها وقياسها. حيث يحلل السلوكيين الألم بوصفه شكوى لفظية أو غير لفظية (سلوك) مصحوب بحركات جسمية مثل الاستلقاء، الشد على الفكين، أو تقطيب الجبين، أو التأوه، أو الصراخ والأنين وغير ذلك.

ويرى السلوكيين أن الألم يمكن أن يكون متعلماً إذا ارتبط بخبرات وعادات وإشراطات معينة، فالمريض المتألم، قد يقوم بسلوكات جديدة لم يكن يقوم بها مسبقاً، كما يمكن أن يكتسب وأن يتأثر بالعوامل الثقافية، والشخصية والاجتماعية.

أ. **<u>الاشراط الكلاسيكي:</u>**

بالنسبة للاستجابة للألم فإما أن تكون طبيعية تحدث نتيجة وجود مثيرات مؤلمة، وأنه عند زوال المثيرات تزول الاستجابة، وإما أن تكون إشراطية فتحدث عند اقتـــران مثيـــرات الألـــم بمعززات بيئية أخرى سواء كانت سلبية أو إيجابية، حيث تحل المثيرات الشرطية محل المثيرات الطبيعية في مرحلة متقدمة (هيشان، ١٩٩٠).

ب. <u>الاشراط الاجرائي:</u>

بما أن الألم يمكن أن يكون حقيقي (عضوي المنشأ)، يمكن تعديله مـــن خـــلال التوجهـــات النفسية للفرد، أو قد يكون متخيلاً وعبارة عن انعكاس لمرض نفسي ولتصديق ذلك فإن ذلك الالم المتخيل يكون غير موجود ولا يحتاج للعلاج الطبي. وسواءً كان الألم ناتج عن أسباب حقيقية أو متخيلة، إلا أنه لا يزال حقيقي تماماً بالنسبة للمريض. وبما أن نظرية الإشراط الإجرائي تعتمد على مبدأ أن السلوك متبوع بنتائجه، حيث يتم تكرار السلوك المتبوع بمكافأة، بينمـــا يـــضمحل السلوك المتبوع بعقاب، فسرت الألم كذلك على أن بعض المرضى من ذوي الشخصيات القلقة، أو الأشخاص غير الناجحين، أو غير المؤهلين يجدون أنه خلال المرض تظهر لديهم استجابات تجلب لهم السعادة من الأشخاص المحيطين بهم من خلال الاهتمام الزائد بهم خـــلال الظـــروف المرتبطة بالأم، بالإضافة لبعض المكافآت التي تتحقق بسبب أن الشخص متألم من مثل التغيـــب عن العمل و عدم الاستيقاظ مبكرا وما إلى ذلك من المهات التي تعتبر صعبة في حياة هـــؤلاء الأشخاص، بالتالي يختـــار هـــؤلاء الأشـــخاص الـــسماح لأنفـــسهم للبقـــاء بهـــذه المرحلـــة (Lipton, 1979).

آلام أسفل الظهر

يعتبر ألم أسفل الظهر من محاور البحث الرئيسة خلال العقدين الأخيرين خاصة بالمجتمعات الصناعية، بحيث يشكل ألم أسفل الظهر المشكلة الصحية الثانية من حيث الشيوع بين الأمراض البشرية كونه يأتي بعد الرشح مباشرة والسبب الثاني لزيارة الأطباء (باكير، ٢٠٠٣).

في الحقيقة هناك تنوع وعدم اتفاق كبير في تشخيص وأساليب العناية بالمرضى الذين يعـــانون من آلام في أسفل الظهر، ومن الملاحظ زيادة استخدام التصوير الشعاعي والعلاج الجراحي.

حيث هناك طيف واسع من الأسباب الكامنة وراء ألم أسفل الظهر تتراوح بين البسيطة والشديدة.

لمحة موجزة عن تركيب العمود الفقري:

يعتبر العمود الفقري أحد العوامل الأهم في التطور الحركي حيث يخول الانسان الوقوف منتصباً ويجعله ينحني ويلتوي ويجلس ويقوم بكل النشاطات اليومية، ونستطيع التعرف على أهمية هذا الجزء عند وجود أي مشكلة مرضية فيه، إذ أنه يوفر الدعم الكامل للجسم بدءاً بالأضلاع ونزولاً للحوض والحبل الشوكي، الذي يتحكم في الجهاز العصبي الموجود في القناة الشوكية التي تحميه (نمارك، ١٩٨٨).

يبلغ طول العمود الفقري عند الذكر الراشد حوالي (٧٠) سم وعند النساء (٦٠) سم ويحتوي على مجموعة العظام (الفقرات) بداخلها الحبل الشوكي، ويتكون العمود الفقري من (٣٣-٣٤) فقرة تمتد من أعلى لأسفل ويوجد بين كل فقرة وأخرى وسادة غضروفية، تمكن هذه الوسائد العمود الفقري من الانحناء إلى جهات مختلفة، وتسهل حركة الفقرات وتمنع احتكاكها مع بعضها وتساعد على منع الصدمات وتسمح المجال لحركة الفقرات في مجالاتها المختلفة، إلا أن مرونة هذه الغضاريف تقل بتقدم العمر.

ورغم أن كلمة عمود توحي باستقامة العمود الفقري إلا أنه ليس مستقيماً بل في الحقيقة يحتوي على أربعة انحناءات على شكل أقواس تساعد الجسم على أداء الحركة في جميع الاتجاهات، تكسب العمود الفقري القوة وتحافظ على توازنه أثناء الوقوف وتمتص الصدمات أثناء المشي والركض والقفز وتحمي العمود الفقري من الكسر (Roberts, et.al 1989; عقل،١٩٩٣).

يقسم العمود الفقري إلى خمس مناطق تسمى حسب مكان تواجدها وهي:

١- الفقرات العنقية وعددها سبع فقرات.

٢- الفقرات الصدرية وعددها اثني عشر فقرة.

٣- الفقرات القطنية وعددها خمس فقرات.

٤- الفقرات العجزية وعددها خمس فقرات.

٥- الفقرات العصعصية وعددها من أربع إلى خمس فقرات متحدة.(الدبابسة،٢٠١٠؛ عيسى،٢٠١٠).

أسباب آلام أسفل الظهر:

هناك عدة جوانب تساهم في حدوث آلام أسفل الظهر من أهمها اللاتوازن العضلي وبعض التمارين وكيفية الجلوس والمشي والوقوف وأسلوب العمل وغيرها.

أشار رشدي (١٩٩٧) إلى أن هناك العديد من التصنيفات لآلام أسفل الظهر حسب مسبابتها، نذكر منها ما هو أكثر شيوعاً:

١- الانزلاق الغضروفي.

٢- إصابات الأربطة.

٣- التوترات العضلية.

٤- آلام ناتجة عن القوام.

٥- الإصابات العنيفة للعمود الفقري.

٦- العيوب الخلقية في بنية العمود الفقري.

٧- الالتهاب والمرض.

٨- أسباب غير فقرية كالأنفلوانزا أو مشاكل الكلى أو المرارة.

الاكتئاب:

يعتبر اضطراب الاكتئاب واحد من الاضطرابات النفسية الشائعة منذ القدم حيث جاء وصفه في كتابات قدماء المصريين بأشكال مختلفة، كحزن في القلب والرغبة في الموت أو النوم والكسل واستمرت أوصافه وتسمياته المختلفة إلى أن أسماه أطباء النفس الفرنسيين "الاكتئاب" (إبراهيم، ١٩٩٨). والاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة ليس فقط في المجتمعات القديمة، بل في المجتمعات المعاصرة. إذ يعيش العالم اليوم الاكتئاب إذ أصبح العلماء يصفون عصرنا الحالي بعصر الاكتئاب النفسي. ولقد شهدت الحقبة الأخيرة مع بداية النصف الثاني من القرن السابق زيادة مضطردة من حيث انتشار حالات الاكتئاب في كل أنحاء العالم (بشرى، ٢٠٠٧). إذ ينتشر في المجتمع المحلي بمعدل يتراوح ما بين ١٣- ٢٠% من السكان، ومن هؤلاء ٧% يعانون من حالات اكتئاب شديدة. (سرحان، الخطيب، حباشنة، ٢٠٠١). وفي دراسة أجرتها منظمه الصحة العالمية وكلية هارفارد للصحة العامة والبنك الدولي الموثق في (كلاملينغر،

٢٠٠٢)، تبين أن الاكتئاب يمثل المرتبة الرابعة بين أسباب الموت المبكر، وقدرت دراسة التكلفة العالمية للأمراض التي بادرت إلى إنجازها منظمة الصحة العالمية أن الاكتئاب رابع مصدر رئيسي للعجز، وأنه سيصبح السبب الثاني لذلك على الصعيد العالمي بحلول عام ٢٠٢٠. (Barlow,2008) وليس هناك عمر محدد للإصابة بالاكتئاب، إلا أنه وفيما يتعلق بالفروق الجندرية فمن المعروف أنه أكثر انتشاراً بين الإناث بحوالي ٣ أضعاف منه عند الذكور. وتبعاً لمنظمة الصحة العالمية فإن الاكتئاب يعتبر من الأمرض الشائعة جداً والقابلة للعلاج، (سرحان، وآخرون، ٢٠٠١). ويعد الاكتئاب من أكثر المشاكل الانفعالية التي تدفع الفرد إلى طلب المساعدة بكل أنواعها النفسية والاجتماعية والأسرية (عبد اللطيف،٢٠٠٢).

تعريف الاكتئاب:

عرف بيك الاكتئاب على أنه "حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة، والانطواء، والأرق، وتغيرات جسمية، وتغير وزن الجسم، وخمول وبطء في الاستجابة (Beck, 1980).

وتتضمن معايير تشخيص الاكتئاب، كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية وجود عدد من الأعراض التي تستمر لمدة أسبوعين أو أكثر والتي تشتمل على: المزاج المكتئب، ونقص ملحوظ في الاهتمام أو الاستمتاع بأنشطة كان الفرد يستمتع بها سابقاً، و تغيرات في الشهية قد يُستدل عليها من خلال اختلافات الوزن، وتغيرات في نمط النوم، والتعب وفقدان الطاقة، والإحساس بانعدام القيمة، أو الإحساس بالذنب، ونقصان القدرة على التفكير أو التركيز، ووجود أفكار متكررة حول الموت أو الانتحار. حيث تؤدي هذه الأعراض إلى ضيق دال إكلينيكياً، واختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى، على أن لا تكون هذه الأعراض قابلة للتفسير من خلال الآثار الجانبية لأدوية أو من خلال حالة صحية/طبية معينة يعاني منها الفرد (American Psychiatric Association , APA .2000)

أنواع الاكتئاب وتصنيفاته:

هناك العديد من تصنيفات الاكتئاب، وذلك يرجع لتباين التوجهات والتنبؤات النظرية للإكلنيكيين (فايد، ٢٠٠١).

لقد ذكر سرحان وزملائه عدة تصنيفات للاكتئاب (سرحان، وآخرون، ٢٠٠١).

١- التصنيف حسب السبب:

أ- الاكتئاب الداخلي والتفاعلي: وهو تصنيف قديم اعتبر أن الاكتئاب إما أن يكون ناتج عن ظروف خارجية، أو أن يكون داخلي. إلا أن هذا لا يعتبر دقيق حيث تشير العديد من الدراسات الحديثة إلى وجود تفاعل بين العوامل الداخلية والخارجية، بحيث يكون لدى الفرد استعداد داخلي، ويتعرض لعوامل خارجية تؤدي إلى إصابته بالاكتئاب.

ب - الاكتئاب الأولي والثانوي: وهذا التقسيم للتفريق بين أن يكون الاكتئاب هو أول مرض نفسي يصاب به الفرد ويعد أولياً، أو أن يكون حدث مع خلفية لاضطرابات نفسية أخرى كالفصام، أو الإدمان على الكحول والمخدرات، وكذلك الذي يترافق مع بعض الأمراض العضوية أو العقاقير بحيث يعد ثانوياً.

ج. الاكتئاب العضوي وغير العضوي: على الرغم من أن كافة أشكال الاكتئاب تظهر بالنهاية نتيجة للتغيرات الكيميائية في مراكز التحكم بالمزاج، إلا أن الاكتئاب العضوي يقصد به الاكتئاب الذي ينتج بشكل مباشر عن مرض عضوي، مثل إصابات وأورام وجلطات الدماغ، وغيرها من الأمراض، أو الناتج عن عقاقير طبية مثل أدوية الضغط، والكورتيزون أو مواد الإدمان مثل الكوكايين والقات والكحول.

٢- التصنيف حسب الأعراض:

أ- اكتئاب عصابي

ب- اكتئاب ذهاني: والذي يفصل بينه وبين الاكتئاب العصابي هو الأعراض الذهانية، مثل الأوهام والهلاوس.

٣- التصنيف حسب مسيرة المرض في عمر الإنسان:

أ- الاكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب: يشكل الاكتئاب جزءاً من اضطرابات المزاج التي تشمل الزهو (الهوس) والحالات المزاجية المختلطة والاكتئاب، ولذلك عد الاكتئاب أحادي القطب إذا تكرر كحالات اكتئاب دون أن يتخللها حالات من الهوس، وثنائي القطب إذا كان الاكتئاب يتناوب حدوثه مع حالات من الزهو والحالات المزاجية المختلطة.

ب- الاضطراب المزاجي الموسمي: هناك فئة من المرضى يتكرر عندهم اضطراب المزاج في نفس الوقت من السنة، كأن يحدث الاضطراب في الخريف أو الشتاء ثم يتحسن المريض في الربيع والصيف. وفي حالات أخرى فإن الاكتئاب أو الزهو يتكرر مع تغير الفصول، وخصوصاً بداية فصل الربيع وتم ربط هذا الشكل من اضطراب المزاج بأشعة الشمس وتأثيرها على إفراز الميلاتونين في الدماغ.

ج- اكتئاب الشيخوخة: وهو الذي يصيب الأفراد في عمر الشيخوخة، ويعتبر أقل تجاوباً مع العلاج، ويكون سريع الانتكاس، ويتطلب علاج أطول مقارنة مع غيره من أنواع الاكتئاب.

٤- التصنيف حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابعDSM-IV:

أ- اضطراب الاكتئاب الرئيسي.

ب- اضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة الاكتئاب).

ج- اضطرابات اكتئاب أخرى: كالاكتئاب المتكرر وتكدر المزاج.

النظريات التي فسرت الاكتئاب:

إن الاكتئاب - حاله كبقية الاضطرابات النفسية - يصعب أن يوجد تفسير أو مسبب دقيق له، إلا أن هناك نظريات تختلف فيما بينها في تفسيرالاكتئاب، وتتناقض في إيجاد سبب معين متفق عليه، وسيتم التطرق لأكثر النظريات شهرة، التي تقدم تفسيرات لتطور الاكتئاب ونشأته عند الفرد.

١- النظرية المعرفية:

ترى النظرية المعرفية أن الاكتئاب ينتج بشكل أساسي من ميل الفرد للنظر إلى نفسه نظــرة تشاؤمية غير معقولة. وهذه النظرة المشوهة للنفس والمستقبل والعالم يطلــق عليهــا الثــالوث السلبي.

ينظر الشخص المتشائم إلى نفسه على أنه ليس كفئاً، وغير قادر وغير مرغوب فيه، وهــو يتوقع الفشل والنبذ وعدم الرضا. وعلى هذا الأساس، يدرك كل خبراته على أنها تؤكد توقعاتــه السلبية تلك. وكل أعراض اضطراب الاكتئاب من انفعالية وسلوكية وجسمية ودافعية، ينظر إليها على أنها نتيجة مباشرة لتلك البنى المعرفية السلبية.

فالنظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب تستند إلى أن أفكار الأفــراد تــؤثر فــي مــشاعرهم وسلوكهم بالسلب أو بالإيجاب، وأن هناك تفاعل دائم بين المعرفة والانفعال والسلوك، ونتيجــة لهذا التفاعل فإن المعارف الخاطئة أو التصورات الخاطئة من شأنها أن تــؤدي إلـــى التــشويه المعرفي الذي يعتبره المعرفيون أنه المسؤول الأول عن حدوث الاكتئاب، حيث يفترض أصحاب النظرية المعرفية أن لدى المكتئب بنى معرفية سلبية تعمل على تثبيت تفكيره التشاؤمي الــسلبي وتأكيده. وتفترض النظرية المعرفية كذلك أن تلك البنى المعرفية تنشأ وتتطور نتيجة لخبــرات الشخص، كما أن هناك أشخاص معرضين للاكتئاب بحيث تكون تلك البنى المعرفية السلبية في حالة كمون، إلى أن يتم استثارتها بالضغوط المختلفة، أو ما يسمى بالعوامل المعجلة والتي يكون الشخص حساساً تجاهها (بشرى، ٢٠٠٧).

وعلى الرغم من إعطاء المعرفيين أهمية كبرى للعوامل النفسية إلا أنهم ركزوا كذلك على دور التفاعل الاجتماعي والعلاقات بين الأفراد من حيث تأثيره على تطور الاكتئــاب وثباتــه. ويشير كوين (Coyne, 1976) إلى أن الشخص المكتئب يمارس تــأثيراً قويــاً علـــى بيئتــه الاجتماعية. كما يؤكد أن شخصية المكتئب وسلوكه يتركان أثراً سلبياً لدى الآخرين يعبر عنــه بالنبذ الاجتماعي، الأمر الذي قد يسهم في تفاقم حدة الاكتئاب وشدته.

٢.النظرية السلوكية:

يشهد الوقت الحالي إسهاما كبيراً للسلوكيين في موضوع نشأة الاكتئــاب وتطــوره، حيــث ظهرت اتجاهات سلوكية عديدة تفسر الاكتئاب، كما ظهر الكثير من أساليب العــلاج الــسلوكي المتعلق بالاكتئاب، ولذلك يصعب الحديث عن نظرية واحدة تفسر الاكتئاب. وتقــع النظريــات السلوكية البارزة كلها في المجال المعروف بنظرية التعلم الاجتماعي لباندورا التي ترى أنه يمكن

فهم النشاط الوظيفي النفسي من خلال التفاعلات المتبادلة المستمرة للعوامل الشخصية (مثل العمليات المعرفية والتوقعات)، والعوامل السلوكية، والعوامل البيئية، والتي تعمل بشكل مستقل وتدعم كل منها الأخرى.

ووصفت هذه النظرية الاكتئاب على أنه فقدان عملية التدعيم للسلوك حيث وصف فيرستر Ferster السلوك المرضي بأنه نتيجة مباشرة من خلال تفاعل الفرد مع بيئته وقد اعبر فيرستر أن وجود الاكتئاب يقل بالتدريج عن طريق التدعيم الايجابي للسلوك، كما أكد لازاروس على أن الاكتئاب هو عدم كفاية المدعمات للسلوك ويتفق لازاروس مع فيرستر في اعتبار الاكتئاب انطفاء يتضح مع نقص التدعيم ويستنتج من خلال ضعف الأدوار التي يؤديها الفرد.

تفترض هذه النظرية أن الأفراد قادرون على ضبط سلوكهم، ولا يقومون بالاستجابة للتأثيرات الخارجية فقط، بل ينظر لهم عوضاً عن ذلك على أنهم يقومون بالاختيار والتنظيم للمثيرات التي يتعرضون لها، وهنا ينظر للأفراد ولبيئاتهم على أنهم محددات متبادلة.

وقد افترض لوينسون وروزنباوم (Lewinsohn & Rosenbaum,(1987 أن الاكتئاب والتدعيم ظاهراتان تتعلقان ببعضهما، حيث يعرف التدعيم هنا على أنه جودة تفاعل الفرد مع بيئته. والافتراض الرئيسي عن الاكتئاب هنا هو أن انخفاض معدل السلوك الناتج، وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ينتج عنه انخفاض في معدل التعزيز الإيجابي، أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة أو البغيضة، وبكلمات أخرى فإن حالة الاكتئاب تنتج عن انخفاض معدل الثواب المرغوب فيه أو زيادة في الأحداث غير السارة، وكلها تؤدي إلى حالة الاكتئاب فالفكرة الرئيسية عند السلوكيين عن الاكتئاب أنه ينتج من مجموعة من العوامل التي تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج إيجابية للفرد، أو زيادة معدل الخبرات السيئة، والتي تكون بمثابة عقاب للفرد.

٣.<u>النظرية البيولوجية:</u>

لقد تأخر التفسير البيولجي الدقيق للاكتئاب لعدة أسباب منها: نقص المعرفة بفسيولوجية الدماغ عند الأسوياء، وبسبب عدم القدرة على دراسة العمليات الجزئية الدقيقة للدماغ.

يرى أصحاب النظرية البيولوجية للاكتئاب أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ، وفي المقابل فإن الأفكار والمشاعر والسلوك يمكن أن تتغير نتيجة لوجود تغيرات

كيميائية طفيفة في المخ. وهناك بلايين من النيورونات التي ترسل الرسائل الكهربائية وتستقبلها عن طريق الموصلات العصبية، وهي المواد الكيميائية التي تنقل الرسائل عبر الخلايا العصبية. وهناك أشياء كثيرة يمكن أن تحدث مثل: خلل في الخلايا العصبية، أو نقص في المقدار المنقول أو المسحوب من المادة الكيميائية، أو خلل وظيفي في عمل نيورون الاستقبال، وأن الخلل في أي منها يسهم بالإصابة بالاكتئاب، وبذلك ترى النظرية البيولوجية أن أسباب نشوء مرض الاكتئاب. تأتي نتيجة إصابة أو اضطراب في الوظائف الفسيولوجية والكيميائية للدماغ (بشرى، ٢٠٠٧).

٤. نظرية التحليل النفسي:

تعتبر نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات التي حاولت تفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وتقرر نظرية التحليل النفسي أن الخبرات الصدمية والضاغطة التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره، مثل: الانفصال عن أحد الوالدين أو فقده قد تجعل الأطفال مستهدفين بشكل أساسي للاكتئاب، ومن ثم، إذا واجه الفرد بعد ذلك ضغوط مشابهة لضغوط الطفولة، فستظهر لديه أعراض الاكتئاب، حيث يرى إبراهام أن المكتئب لا بد وأن يكون واجه ضربة قوية لتقدير ذاته، والشعور بالأمن حسب المرحلة الفمية من المراحل النفسية الجنسية. وهذا ما أكده فرويد بأن الاشباع الزائد جداً أو الإشباع الضئيل للحاجات خلال المرحلة الفمية يولد شخصية مهيأة للإصابة بالاكتئاب.

إن النظرية التحليلية تفسر الاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء كان هذا الفقدان حقيقي أو رمزي، وينتج عن هذا الفقدان غضب يوجه للذات ويهددها ويشكل هذا التهديد خبرة حزينة اكتئابية. وبالنسبة للأصول الأولى لهذه المشكلة فترجع جذورها إلى المراحل المبكرة من النمو، وبالتحديد المرحلة الفمية، حيث يتم استدخال صورة العالم من خلال التذوق الفمي، وتكون الأم هي المحور الأساسي الذي يتمركز عليه إشباعات الطفل، ويحدث أن تقدم الأم إشباعات ناقصة أو لا تقدم أي إشباعات فيشعر الطفل بالحرمان والفقد، وتكون مشكلته أنه فقد الإشباع البيولوجي والنفسي، فيشعر بالغضب، ويوجه هذا الغضب للذات فتروى بذلك أول نبتة من نباتات الاكتئاب، ويواصل الطفل مسيرة نمو حياته حاملا هذه البذور الاكتئابية التي قد تظهر عند حدوث ضغوط أو أي أحداث مؤلمة. وهنا يذكر فرويد أن الاكتئاب يتضمن تقديراً منخفضاً للذات وإدانة للذات ورغبة في عقابها.

علاج الاكتئاب:

عند الحديث عن موضوع الاكتئاب – الذي يعتبر من الأمور بالغة الأهمية– وذلك لتزايد أعداد المصابين به، لا بد من الحديث عن النظرة الشمولية في علاجه، حيث كانت الصعوبات تواجه كل من حاول وضع علاج للاكتئاب بطريقة واحدة، وقد يعود ذلك لاتساع وتشابك موضوع الاكتئاب من جهة حجم المشكلة وطبيعتها وأسبابها. إلا أنه ومن حسن الحظ، ومع التطور الطبي وكثرة الدراسات فقد أصبح هناك العديد من الطرق والأساليب التي تعتبر فعالة في علاج الاكتئاب.

كما لابد أيضاً من تظافر الجهود للحد من انتشار الاكتئاب في الأفراد والمجتمعات، بحيث يقع الدور في معالجة الاكتئاب على كاهل المرضى وذويهم، وعلى الطبيب والمعالج النفسي، ومؤسسات المجتمع كافة.

ومن الناحية العملية فإن علاج الاكتئاب النفسي يتم في العيادات النفسية عن طريق عدة أساليب يمكن استخدامها معاً أو اختيار المناسب منها، لكل حالة من الحالات، وهذه الأساليب هي:

- العلاج النفسي:

ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية ويضم عدة أساليب، مثل: الإيحاء، والدعم والمساندة، والعلاج السلوكي المعرفي، والتي يقوم بها المعالجون النفسيون.

- العلاج البيئي:

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط والمواقف التي تسببت له بالاكتئاب. ومن الامثلة على ذلك الترويح عن المريض، وشغل فراغه بالعمل، وتأهيله حتى يندمج بعلاقات تمهد إلى عودته للحياة الاجتماعية مرة أخرى. (الشربيني، ٢٠٠١).

- العلاج بالأدوية النفسية:

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين بحيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته.

أثبتت الأدوية المضادة للاكتئاب فعاليتها في علاج الكثير من حالات الاكتئاب وأصبح من الشائع استخدامها في المواقف العيادية. وعلى الرغم من فعالية هذه الأدوية في علاج الاكتئاب إلا أن هناك آثار جانبية لاستعمال هذه الأدوية، وهنا يكون دور الطبيب في اختيار النوع الدوائي

عن طريق تقييم فائدة الدواء بمقابل المشكلات التي تنشأ عن استخدامه. ومن الأدوية الشائعة في علاج الاكتئاب : الأدوية ثلاثية الحلقات Tricyclic، الأدوية رباعية الحلقات Tetracyclic، مثبطات أحادي الامين MAOI، ومجموعة منشطات السيروتونين SSRI ، الليثيوم، وبعض مضادات الصرع (الشربيني، ٢٠٠١).

- العلاج بالاختلاج الكهربائي:

ويتم عن طريق إعطاء المريض شحنة كهربائية لإحداث نوبة شبيهة بالنوبة الصرعية لإعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي. ورغم ما أحاط بهذه الطريقة من مفاهيم حول خطورتها وقسوتها إلا أنها تعتبر من أنجع الأساليب في علاج الاكتئاب الحاد، وأكثرها أمناً، وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية هذا الأسلوب وسرعته مقارنة بأساليب العلاج الأخرى (سرحان، وآخرون، ٢٠٠١).

العجز:

يشير مصطلح العجز إلى أي حالة مؤقتة أو دائمة تنتج عن اعتلال ما. وغالباً ما يستخدم هذا المصطلح لوصف نقص القدرة على تأدية الوظائف اليومية الضرورية أو إلى فقدان عضو من أعضاء الجسم أو أحد أجزائه. بالرغم من أن مصطلح العجز غالباً مايقترن بالمشكلات الجسمية، فإنه يستخدم أيضاً للإشارة إلى آثار المشكلات النفسية.

ومع أن أن مفهوم المرض والعجز عادة يتواجدان معاً، إلا أنهما مفهومان متمايزان. عادة ما يساهم المرض بوجود العجز، وفي المقابل يمكن أن يسبب العجز حالات مرضية ثانوية أو جديدة بسبب العجز(الشلل يسهم في السمنة).

والعجز إما أن يكون خلقياً أومكتسباً؛ فعندما تكون حالة العجز موجودة لدى الإنسان منذ لحظة الولادة فهي تسمى بالعجز الخلقي. وهناك أشكال عديدة من التشوهات أو العيوب الخلقية الجسمية والعقلية وغيرها. وقد ينتج العجز الخلقي عن عوامل وراثية، أو عوامل بيئية قبل الولادة، وإذا تعرضت الأم الحامل للعوامل الغذائية، والبيوكيميائية، والميكانيكية، والغدية، والالتهابات المختلفة فقد يولد الطفل ولديه عجز ما(Lezzoni, 2010).

ويقابل مصطلح العجز الخلقي مصطلح العجز المكتسب، و يشير إلى حالات العجز التـــي لا تكون منذ لحظة الولادة وإنما تحدث في مرحلة لاحقة من عمر الفرد بسبب المرض أو الإصابة (الخطيب، ٢٠٠٨).

تعريف العجز:

إن كلمة العجز شائعة الاستخدام وذات معانٍ واسعة وتشير إلى نقص في الكفاءة والقدرة في أي مجال ومهما كان السبب.

والمقصود بالعجز: هو نقص الكفاءة والقدرة الناجمة، أي أية عاهة دائمه تـصيب الانـسان. ويمكن أن يكون العجز تام ودائم، جزئي ودائم، تام ومؤقت، أو جزئي ومؤقت.

تعرف كلمة العجز Disability حسب قاموس Webster على أنه الحالة التي يكون فيهـا الشخص غير قادر، ولديه غياب أو نقص في المقدرة الفيزيائية، أو العقلية أو الأخلاقيـة التـي تلائم عمل ما.

وطبياً هو الإعاقة أو الاضطراب الفيزيائي وغياب أو نقـص القـدرة علـى أداء الوظـائف الفيزيائية بشكل طبيعي. (الشكر، ٢٠٠٣).

يتطلب تقييم العجز معلومات عن الوظائف الجسدية، والحسية والمعرفية أو الانفعالية، وإلى أي مدى يستطيع الفرد المشاركة في النشاطات اليومية في منازلهم ومجتمعهم.(Lezzoni, 2010)

الاكتئاب والعجز:

إن وجود عجز لدى الشخص لا يعني أنه تلقائياً سوف يصبح مكتئباً. بمعنى أنه ليس كل من لديهم عجز يعانون من الاكتئاب، إلا أن الاكتئاب يرتبط ببعض تجارب الحياة الـصعبة التـي تترافق مع العجز. بالإضافة لذلك فإن الأشخاص الذين لديهم عجز يواجهون العديد من المشاكل والتحديات الفريدة مما قد يضعهم في الخطر المتزايد للاكتئاب (Thompson, 2002).

بعض التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوي العجز:

الحركة: إن معظم الأفراد الذين يعانون من عجز لديهم مشكلات في التحرك، أو المـشي سواء في منزلهم أو في المجتمع عموماً، مما يؤثر على قدرتهم على القيام بالنشاطات اليوميـة

مثل ارتداء الملابس، أو الاستحمام، وما إلى ذلك من مواقف تحدث داخل وخارج المنــزل.فــي بعض الأحيان فإن وجود مشكلات في الحركة يعني الحاجة للمساعدة من الآخرين للقيام بالأشياء التي يقوم بها الأشخاص العاديون لوحدهم والذي يمكن أن يكون محبطاً أو مخجلاً.

كما قد يكون عدم القدرة على القيادة هو محدد آخر يواجه الــشخص العــاجزفي المــشاركة بنشاطات حياتية مثل العمل، واللعب، وامتلاك سيارة للقيام بالمهمات اليومية مثل التــسوق أو القيام بزيارة مع صديق.

التنقُّل: لأن معظم المنازل والمباني والشركات مازالت لا تلبي مطالب الأفراد ضمن المبادئ الترفيهية لقوانين المعاقين لسهولة الوصول، بالتالي فإن الأشخاص الذين يتحركــون بــبطء أو يستخدمون الكراسي المتحركة، والدراجات المتحركة، والمشاءات، يجدون صعوبة أكبر للتسوق وتناول الطعام، والعمل، أو الوصول لمراكز الرعاية الصحية والخدمات المهنية الأخرى.

الحواجز والعزلة الاجتماعية: في الحقيقة فإنه ليست كل المعرقلات أو الحواجز التي تواجه الأفراد ذوي العجز جسدية. فالكثير من الناس الذين لا يعانون عجزاً لا يفهمــون مــاذا يعنــي الشخص العاجز أو لا يعرفون كيف يتصرفون تجاه شخص يعاني من عجز ما.

بالإضافة لذلك، يشعر بعض الأشخاص بعدم الراحة وبعض التحيزات والتوجهات الــسلبية تجاه الأشخاص ذوي العجز. بالتالي فإن هذه الحواجز تحول دون تكوين الأشخاص ذوي العجز لصداقات أو علاقات أخرى.

الوظيفة: بوجه عام، قد يجد الأشخاص ذوي العجز صعوبة في إيجاد عمــل أو المحافظــة عليه، ويحدث ذلك أحياناً بسبب المعيقات الجسمية أو غيرها التي تحد من قدرة الشخص من أداء بعض مهن بالإضافة إلى بعض التحيزات والمفاهيم الخاطئة. وبغض النظر عن الأسباب فــإن صعوبة إيجاد عمل أو المحافظه عليه، قد يقود إلى مشكلات مادية. والــذي يمكــن أن يكــون مصدراً آخراً للقلق. وأيضاً يعتبر العمل مصدر مهم للثقة بالنفس عند كثير من البشر كما قد يقود عدم الحصول على عمل عندما تريد أن تعمل إلى الشعور بالحزن وعدم الدفء.

الصحة: يتمتع العديد من الأشخاص ذوي العجز بصحة جيدة، لكن بعض أنواع العجز تكون مرتبطة بمشكلات صحية أكثر وأحياناً يكون عند بعض مرضى العجز مشكلات في الحــصول على الرعاية الصحية التي يحتاجونها. وحتي الأشخاص الذين لا يعانون من العجز معرضــين للإصابة بالاكتئاب إذا ما كانوا يعانون من الكثير من المشكلات الصحية. وأيضاً يميل الأشخاص الذين لديهم أعراض مرضية أكثر للمعاناة من حالة اكتئاب شديد. كما أن إيجاد سبل لدفع تكاليف

الرعاية الصحية أيضا تكون صعبة للغاية عند الأشخاص الذين يعانون مـــن حـــالات العجـــز (Thompson, 2002).

الدراسات السابقة:

فيما يلي عرضاً للدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة:

في دراسة أجراها Haythornthwaite, Sieber & Kerns (1991) ، بحثت في العلاقة بين الاكتئاب ومجموعة من العوامل المرتبطة بالألم التي تصف ما يعايشه مرضى الألم المزمن من خبرات. وتم اختيار عينة مكونة من ٣٧ شخص مكتئب و٣٢ شخص غير مكتئب من مرضى الآلام المزمنة من خلال مقابلات مقننة ونتائج قائمة بيك للاكتئاب (BDI)، وتمت المقارنة بين مجموعات الدراسة بناءً على متغيرات ديمغرافية، ونقاط مسجلة على مقياس مارلو كراون للمرغوبية الاجتماعية (Social Desirability). كما تم أيضاً قياس العجز، واستخدام الأدوية، وشدة الألم، والاستنتاجات وفقاً للألم، وسلوكات الألم المسجلة. وقد وجد أن المجموعة المكتئبة أصغرعمراً، وحققت درجات أدنى على مقياس المرغوبية الاجتماعية مقارنة بالمجموعة غير المكتئبة. و أظهرت المعالجة الإحصائية للبيانات من خلال MANCOVA أن مرضى الآلام المزمنة المكتئبين مقارنة بغير المكتئبين، وفقاً للعمر، والدرجة على المرغوبية الاجتماعية سجلوا شدة ألم أعلى وادراك أعلى للألم، وسلوك الألم. وأنه لا يوجد فروقات على مقياس العجز. وتقدم هذه النتائج دعم آخر لأهمية إدراج الاكتئاب في المعادلات النفسية النظرية والاكلينيكية للألم المزمن.

هدفت دراسة أجراها Aceves-Gonzalez & Prado-Lilia (2008) إلى دراسة فيما إذا كان التهاب الفقرات القطنية في العمود الفقري مرتبطاً بالاكتئاب، وتم إجراء دراسة ميدانية مقارنة شملت ٩٩ من العمال المؤمن عليهم من جانب المعهد المكسيكي للضمان الاجتماعي، حيث كانت أعمارهم تتراوح بين ٢٣ و٥٥ سنة. وأظهر تحليل الانحدار أن مرض التهاب الفقرات القطنية في العمود الفقري، حين يتم إدخال عامل النشاطات الرياضية فيه، مرتبط بالاكتئاب. وتفترض هذه النتيجة أن أولئك الذين يعانون من حالات جسمية لديهم ارتباط أكبر مع أعراض الاكتئاب إذا كانت حالات الألم الجسمي عندهم تتأثر بالنشاط الرياضي أو الجسدي عندهم أو تؤثر به. وتشير نتائج الدراسة إلى ضرورة تقييم كل العمال الذين يعانون من التهاب الفقرات القطنية فيما يتعلق بوجود اكتئاب، والاقتراح المطروح هو أن العلاج الطبي المقترن بتدخلات نفسية عند مرضى من هذا النوع قد يجعل علاجهم اسرع و اكثر نجاحاً.

في دراسة أجراها (2002) Fifield, Reisine & Grady أشارت إلـــى أن المـــصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي وعندهم عجز عن أداء مهماتهم العملية، يسجلون درجـــة أعلـــى على مقاييس الألم والاكتئاب مقارنةً بالمرضى القادرين على أداء وظائفهم و أعمالهم اليوميـــة. بالنظر إلى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، يبدو أن كلاً من القدرة على العمل، والعوامل الاكلينيكية، تشكل عوامل مستقلة ذات تأثير تراكمي للألم على الألم والاكتئاب.

وفي دراسة أجراها (2005) Covic, Tyson, Spencer & Howe هدفت إلى دراسة الاكتئاب لدى عينة من مرضى المفاصل، وتحديد أهم عوامل التنبؤ به، واستكـــشاف اتجاهـــات المرضى بخصوص العلاج وعلاقة ذلك الألم بالاكتئاب. و أشارت النتائج إلى وجود ١٢ عاملاً يمكن أن تتنبأ بكون مريض المفاصل يمكن أن يطور أعراضاً اكتئابية في المستقبل نتيجة للألم. و كانت القدرة التنبؤية لهذه العوامل ٨٠%. و من هذه العوامل الإثني عشر، مُرتبةً حسب قـــوة التنبؤ، التوتر العالي، والتقدير المنخفض للذات، التأثير المدرك لالتهاب المفاصل، والانهـــاك، والتكيف مع الألم، والعجز الجسماني. وتتضمن عوامل تنبؤ أخرى فعاليـــة الـــدواء وأهميتـــه، بالإضافة إلى غياب السيطرة المدركة على الألم.

هدفت دراسة أجراها (Ledermnan ,lindner, Greenwood, Philip,(2008 إلى بحث دور الألم والاكتئاب في وظائف الأفراد المصابون بالحمى الذئابية وتم لذلك تصميم بحث على عدة قطاعات. وتم اختيار المشاركين من خلال إرسال رسالة إلكترونية للمشتركين، حيث عبأ الاستبيان ١٥٤ شخصاً. وأظهرت النتائج أن الألم يتنبأ باضطرابات النوم، بينما يتنبأ الألم والاكتئاب بانخفاض او ضعف القدرة على اداء الوظائف الحياتية. تفيد النتائج بالحاجة الماسة إلى إدارة اكثر جودة لإدارة الألم و ذلك بتضمينها تدخلات نفسية لتقليص مستويات الاكتئاب التي تتداخل مع الأداء الوظيفي اليومي لدى المرضى المصابين بالحمى الذئابية.

وفي دراسة أجراها (2007) Esteve, Ramirez-Maestrre, Lopez-Martinez, كان الهدف منها هو مقارنة تأثير مدى التقبل، والمعارف المرتبطة بالألم، وأساليب التدبر في التكيف

مع الألم المزمن. تضمنت العينة ١١٧ مريضاً يعانون من آلام مزمنة ويراجعون عيادات الألم. حيث وزعت عليهم مجموعة من الاستبيانات التي تقيِّم مدى تقبل الألم والتدبر الفعال والسلبي والمعارف المرتبطة بالألم والتكيف. وأظهرت مجموعة التحليلات أن عينات الذكور والإناث لم تختلف كثيراً، وأظهر النموذج النهائي أن تقبل الألم هو المسؤول عن الوضع الوظيفي والإعاقة عن الأداء. وتفيد نتائج هذه الدراسة أن التقبل يمكن أن يلعب دوراً مهماً للغاية في المحافظة على الأداء ولذلك فإن المعالجات التي تقوم على زيادة التقبل تعد بتجنب التدهور إلى حالة من العجز مما يضيف إلى أهمية إدراج الجانب النفسي في الرعاية الصحية لمرضى الالم.

وفي دراسة قام بها Borsbo, Peulsson, Gerdle, (2009)، كان الهدف منها هو تحديد المجموعات الفرعية لمرضى الآلام المزمنة اعتماداً على وجود الاكتئاب والقلق والتهويل، ومدة الألم وشدته، بالإضافة الى تحديد العلاقة بين المجموعات الفرعية، مع الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات المتعلقة بالخلفية عن التشخيص بالعجز المرتبط بالألم وإدراك نوعية الحياة، تضمنت ٤٣٣ مريض يعانون من آلام مزمنة، قاموا بتعبئة استبيان عبر البريد والذي يقدم بيانات متعلقة بالخلفية وبمدة الألم وشدته، وجوانب مرتبطة بالحالة الصحية والنفسية. وكانت العوامل النفسية، لا سيما الاكتئاب، مؤثرة بشدة على توقع نوعية الحياة والعجز، وتلعب شدة الإحساس بالألم ومدته نوع بسيط جداً في نوعية الحياة. على الرغم من وجود ارتباط بين شدة الألم والعجز المدرك.

في دراسة قام بها Means-Christensen, Roy-Byrne,Sherbourne, Craske, & Stein (2008) تناولت الارتباطات بين أعراض الألم وأعراض وتشخيصات القلق والاكتئاب عند مرضى الرعاية الأولية. وتشير النتائج إلى أن هؤلاء المرضى الذين يعانون من أعراض آلام عضلية وصداع وآلام معوية، يقدر بأن تظهر لديهم اضطرابات الألم أكثر من غيرهم بما يتراوح بين ضعفين إلى ١٠ أضعاف . كما أنهم كانوا يعانون أكثر من القلق العام، و اضطراب الاكتئاب الرئيسي. تبين كذلك أن المرضى الذين يشعرون بأعراض الألم كان لديهم أداء وظيفي عقلي أدنى. ونسب أكثر حدة فيما يتعلق بالاكتئاب والقلق الاجتماعي واضطراب التوتر. تكشف نتائج هذه الدراسة عن ارتباط بين الإخبار عن الألم والاكتئاب والقلق. وإن الانتباه إلى هذه العوامل له أهمية خاصة في العناية الأولية، حيث يمكن أن تكون هناك حالات غير مشخصة من القلق و الاكتئاب.

وفي دراسة قام بها Beesdo, Jacobi, Hoyer, Low, Hovler, Wittchen (2010) هدفت الى: (١) فحص العلاقة الفارقية بين اضطراب الاكتئاب والقلق المحدد والتي حددت وفقاً لــ DSM-IV مع اضطراب الألم وأعراض الألم. (٢) تحديد ما إذا كانت اضطرابات القلق والاكتئاب المرتبطة بالألم لها تطبيقات مختلفة في مناحي العجز والإعاقة والاستفادة من الرعاية الصحية واستخدام العقاقير. تم تقييم الأعراض والمتلازمات والتشخيصات للاضطرابات النفسية والألم عند عينة تكونت من ٤١٨١ مشاركاً تراوحت أعمارهم بين ١٨-٦٥ سنة. أظهرت نتائج تحليل الانحدار أن الألم ارتبط بكل من اضطرابات الاكتئاب والقلق المحددة. كما ارتبطت جميع أنواع الألم، وتحديداً أعراض الألم غير المفسرة، بانخفاض في مستوى القدرة على اداء الوظائف اليومية (ارتفاع العجز). وتخلص الدراسة إلى أن الألم ارتبط بقوة مع اضطرابات القلق والاكتئاب المحددة.

وفي دراسة أجراها Alvarenga, Caniato, Mauritz, Braun, Algeesh, Baune, (2009). هدفت إلى تقدير ما إذا كان المرضى يعانون من اضطراب الاكتئاب مرافق مع تلازمية مرضية هي الألم يطلبوا العلاج الطبي لألمهم كأمثالهم من المرضى المشخصين كمرضى نفسيين عدا الاكتئاب. تكونت العينة من ١٠٣ مرضى (٦٢ إناث، ٤١ ذكور) تم تقييمهم لتشخيص الاكتئاب عندهم من خلال المقابلة النفسية الاكلينيكية، متبوعة باستبيان التقرير الذاتي للألم والذي يعمل على تقرير الألم الجسدي عند المرضى النفسيين. وجدوا أن المرضى الذين يعانون من اكتئاب عام أبلغوا عن معدلات أعلى لأعراض الألم خلال الشهور الستة و ال١٢ الماضية أكثر من مجموعة المقارنة للمشخصين بأمراض نفسية غير الاكتئاب. أظهرت نتائج تحليل التباين أن المرضى الذين يعانون من اكتئاب كانوا أقل احتمالية بأن يطلبوا الخدمات الطبيَّة و خدمات الأخصائيين لأعراض ألمهم مقارنة بمجموعة المقارنة. في المقابل، المرضى المكتئبين و الذين هم أيضا يعانون من الألم طلبوا خدمات المرضى المقيمين في المستشفيات أكثر من المرضى غير المكتئبين و الذين يعانون من الألم. و تبين أن المرضى المكتئبين يعانون من معدلات أعلى من أعراض الألم، و لكن عندهم خطورة أعلى بأن لا يطلبوا الخدمات الملائمة للاستفادة منها.

في دراسة قام بها كل من Kauppila, Pesonen, Tarkkila & Rosenberg,(2007) لتقييم العلاقة بين شدة الألم من جهة و النشاطات اليوميَّة، الحالة المعرفيَّة و الاكتئاب من جهة أخرى. كذلك علاقته بالأشخاص الموجودين في دور رعاية المسنين الذين يعانون من ألم مزمن. أجريت هذه الدراسة على (٤١) شخصاً في دار المسنين عانوا من ألم مزمن، و اشتركوا في برنامج تأهيل. تم تقييم شدة الألم في حالة الراحة و بعد حالة حركة مستثيرة للألم. و كان التقييم من خلال مقاييس متدرج القياس (٠-١٠)، و مقياس تقييم لفظي على ٥ درجات. كذلك تقييم الحالة المعرفية من خلال مقياس الحالة العقليَّة المختصر، و تم تقييم الاكتئاب باستخدام مقياس الاكتئاب للمسنين. كما تم تقييم القدرة الوظيفيَّة في الحياة اليوميَّة على مقياس بارتيل Barthel. و أظهرت النتائج أن حالة الألم المزمن عند الأشخاص المقيمين في دور رعاية المسنين لا يبدو أنها تقلل من الأنشطة اليوميَّة بقدر ما يقلل منها ضعفهم المعرفي و الإكتئاب.

في دراسة قام بها Lerman, Rudich, & Shahar (2010) حيثُ تم فحص الارتباط بين الألم و الاكتئاب عند عينة مكوّنة من (٣٤٢) من مرضى الألم المزمن و الذين يعالجون في عيادة مختصَّة بالألم. و قد وجدت نتائج الدراسة أن هناك ارتباطاً ايجابياً بين الالم و الاكتئاب.

في دراسة قام بها Hirsh, Waxenberg, Atchinson, Gremillion, & Robinson (2006) للكشف عن الاختلافات الجنسويَّة من حيث علاقتها بالألم و المزاج السلبي بالعجز الكلي، و العجز في مجالات وظيفيَّة. قام ١٩٧ مريضاً يعانون من ألم أسفل الظهر و آلام أخرى بتعبئة مقاييس العجز والمزاج السلبي. و قد كان العجز الكلي و العجز في النشاطات التطوُّعيَّة مرتبط بشكل ذو دلالة مع الألم و المزاج السلبي لكلى الجنسين.

أشارت العديد من الدراسات المذكورة أعلاه إلى وجود علاقة ارتباط وثيقة بين الألم والاكتئاب والعجز عند مرضى الآلام المزمنة سيما آلام أسفل الظهر. كما أشارت هذه الدراسات إلى أهمية البعد النفسي في تقييم ورعاية مرضى الآلام للتقليل من الشعور بالعجز عندهم. وقد جاءت الدراسة الحالية للكشف عن وجود مثل هذه العلاقات في الأردن.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات:

يتناول هذا الفصل وصفا لعينة الدراسة، وأدواتها ودلالات صدقها وثباتها، وإجراءات الدراسة وتصميمها الإحصائي.

منهجية الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي وذلك لملائمته لمتغيرات الدراسة.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من المرضى الذين يعانون من آلام أسفل الظهر، الـذين يراجعـون عيادات العظام، ومراكز العلاج الطبيعي الخاصة والحكومية في عمان.

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة متاحة مكونة من ١٢٣ شخصاً (٤١% ذكور و ٥٩% إناث) مـن مجتمـع الدراسة الأصلي وكان ما نسبته(٠,٨%عمره أقل من ١٨، ٣٠,١% أعمارهم مـابين ١٨-٣٠، ٢٣,٦% أعمارهم مابين ٣١-٤٠، ١٧,٩% أعمارهم مابين ٤١-٥٠، ٢١,١% أعمارهم بـين ٥١-٦٥، و٦,٥% أعمارهم ٦٦ فأكثر). وعن المستوى التعليمي فكان (١٥,٤% أقل من ثانوية عامة، ٢٦% ثانوية عامة، ١٨,٧%كليات مجتمع،٣١,٧% بكالوريس، و٨,١% دراسات عليا). وعن الحالة الاجتماعية فإن (٢٩,٣% عازبون، ٦٢,٦% متزوجون، ٣,٣% مطلقـين، ٤,١% أرامل، و٠,٨% خاطب). أما عن الحالة الوظيفية فإن(٥٢,٨% يعملون، و٤٧,٢%لا يعملون). تم تحديد حجم العينة بما يتلائم مع متغيرات الدراسة من خلال برنـامج G*power وحـسب المعطيات التالية:

F tests – Multiple Regression: Omnibus (R^2 deviation from zero)

Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Effect size f^2	= 0.15
	α err prob	= 0.05
	Power (1-β err prob)	= 0.95
	Number of predictors	= 2
Output:	Noncentrality parameter λ	= 16.050000
	Critical F	= 3.083706
	Numerator df	= 2
	Denominator df	= 104
	Total sample size	= 107
	Actual power	= 0.951856

جدول رقم (١) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث
النسبة المئوية	%٤١	%٥٩

جدول رقم (٢) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

العمر	أقل من ١٨	١٨–٣٠	٣١–٤٠	٤١–٥٠	٥١,٦٥	٦٦ فأكثر
النسبة المئوية	%٠,٨	%٣٠,١	%٢٣,٦	%١٧,٩	%٢١,١	%٦,٥

جدول رقم (٣) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	أقل من ثانوية عامة	ثانوية عامة	كليات مجتمع	بكالوريوس	دراسات عليا
النسبة المئوية	١٥,٤%	٢٦%	١٨,٧%	٣١,٧%	٨,١%

جدول رقم (٤) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	عازب	متزوج	مطلق	أرمل	خاطب
النسبة المئوية	٢٩,٣%	٦٢,٦%	٣,٣%	٤,١%	٠,٨%

جدول رقم (٥) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الوظيفية

الحالة الوظيفية	يعمل	لا يعمل
النسبة المئوية	٥٢,٨%	٤٧,٢%

أدوات الدراسة:

لغايات الدراسة الحالية تم اختيارثلاث أدوات، هي:

أولاً: قائمة بيك للاكتئاب – النسخة الثانية

وتعتبر واحدة من أهم المقاييس التي تستخدم لقياس درجة الاكتئاب المصاحبة للألم. تتكون القائمة من ٢١ فقرة بحيث تتناول كل فقرة أحد أعراض الاكتئاب، وتتراوح الدرجات من (٠-٣) على كل فقرة، بحيث يتراوح المجموع الكلي ما بين (٠-٦٣) وتقسم الدرجات كالآتي: (٠-١٣) غير مكتئب، (١٤-١٩) اكتئاب خفيف، (٢٠-٢٨) تعني اكتئاب متوسط، ومن (٢٩-٦٣) اكتئاب شديد (الدعاسين،٢٠٠٤). ويتميز هذ المقياس بالحداثة وصدق المحتوى، بسبب مطابقتها لمحكات ومعايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الرابعة) BDI المنشورة عام ١٩٦١ والتي اعتبرت واحدة من أكثر أدوات التقدير الذاتي قبولاً وانتشاراً لتقدير شدة الاكتئاب لدى المرضى المشخصين اكلنيكياً، وللكشف عن احتمال وجود الاكتئاب لدى الأشخاص الأسوياء (Beck et al 1996).

ثانياً: مؤشر العجز المرتبط بالألم ((Pain Disability Index (PDI)

وهو واحد من مقاييس التقرير الذاتي للألم المرتبط بمؤشرات للأداء الوظيفي، وهو أداة مستخدمة لقياس درجة الألم التي يخبرها المريض بحيث يطلب من المريض تقدير مدى تأثير الألم على ٧ مجالات من الأداء الوظيفي (المهنة، الأسرة، الترفيه، الجوانب الاجتماعية، الجنسية، العناية بالذات، النشاطات الداعمة للحياة (الانعاشية)). وهو يستخدم متدرج ليكرت من خلال ١١ نقطة على المقياس.

ثالثاً: التقديرات الذاتية للألم:

بحيث يقوم المفحوص بإعطاء درجة تعبر عن مدى شعوره بالألم، على متدرج من ٠-١٠ (٠: يعني لا ألم، و١٠ هي أعلى درجة ألم يمكن تخيله).

صدق المقاييس:

أولاً: <u>قائمة بيك للاكتئاب II</u>

ذكر بيك ورفاقه (Beck et al, 1996) بأن صدق المحتوى لقائمة بيك الثانية للاكتئاب قد تحقق من خلال إجراءات إعادة صياغة فقرات وعبارات القائمة الأولى المعدلة (BDI-IA)، وإضافة الفقرات الجديدة لها، وكذلك من خلال الغرض الذي بنيت من أجله هذه القائمة وهو تقييم أعراض الاكتئاب المدرجة بوصفها معايير لاضطرابات الاكتئاب كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة) (DSM-IV)، وقد تم تعديل ذلك بالفعل في هذه القائمة الجديدة حيث أصبحت القائمة الثانية (BDI-II) أكثر تكاملاً وانسجاماً في تقييم تلك الأعراض. وتتمتع قائمة بيك الثانية للاكتئاب بصورتها الأصلية بمؤشرات صدق مرتفعة، حيث تم التحقق من صدق بناء القائمة باتباع أسلوب الصدق التمييزي من حيث قدرة قائمة بيك الثانية للاكتئاب على التمييز بين مجموعة من مرضى العيادات الخارجية وعددهم ٥٠٠ مريض ومريضة ومجموعة من طلبة الجامعة (المجموعة السوية) وعددهم ١٢٠ طالباً وطالبة، استخدم اختبار t-test للعينات المستقلة لمعرفة دلالة الفرق بين متوسط المجموعتين فكانت قيمته ٧,٧٤ وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($a<0.01$) واعتبر ذلك مؤشر على الصدق التمييزي للقائمة، حيث بلغ متوسط درجات مرضى العيادات الخارجية على القائمة ٢٢,٥٦ بانحراف معياري بلغ (٩,٩٣).

وقد تم تقنين هذه القائمة على البيئة الأردنية حيث قام الدعاسين (٢٠٠٤) بالتأكد من الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب (BDI-II) في البيئة الأردنية حيث أشار الدعاسين إلى أن المقياس يتمتع بدرجات صدق وثبات جيدة في البيئة الأردنية.

فيما يتعلق بالصدق فقد أشارت النتائج إلى تمتع القائمة بمؤشرات صدق تقاربي، وتمييزي مع ثلاثة مقاييس أخرى مرتبطة بسمة الاكتئاب تراوحت قيمتها بين (٠,٤٥- ٠,٧١) مع مقياس الخبرات الاكتئابية وبين (٠,٦٨- ٠,٧٦) مع مقياس حالة- سمة القلق، وبين (٠,٨٦- ٠,٨٩) مع قائمة بيك الأولى المعدلة للاكتئاب. كما أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية في الأداء على قائمة بيك الثانية للاكتئاب بين عينة المرضى النفسيين وعينة طلبة الجامعة، مما يؤكد الصدق التمييزي للقائمة.

ثانياً: مقياس العجز المرتبط بالألم:(Pain Disability Index (PDI))

قام Tait, Chibuall (1990) بدراسة العوامل السيكومترية لمقياس العجز المرتبط بالألم (PDI) ووجدوا أن الأشخاص الذين لديهم درجات مرتفعة على مقياس العجز المرتبط بالألم سجلوا درجات ضيق نفسي أعلى عند مستوى الدلالة (a<0.001) ، وخصائص ألم أكثر شدة (a<0.001)، وتقييد أكثر للنشاطات (a<0.001)، مقارنة بالأشخاص الذين سجلوا درجات منخفضة على مقياس العجز المرتبط بالألم وهذه النتائج تدعم صدق البناء لهذا المقياس.

ولإجراء صدق ترجمة للمقياس قامت الطالبة بعرض المقياس بنسختيه العربية والانجليزية على مختصتين بالترجمة من قسم اللغة الانجليزية وآدابها من الجامعة الأردنية، بحيث تم التأكد من صحة لغة المقياس ومطابقتها لنص المقياس الأصلي.

ولإجراء صدق المحكمين قامت الطالبة بعرض المقياس على مختصَيْن في علم النفس من قسم علم النفس في الجامعة الأردنية.

ثبات المقاييس:

أولاً: قائمة بيك الثانية للاكتئاب

أورد مؤلفوا قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) مؤشرات تدلل على ثبات القائمة، حيث أشار بيك وآخرون (Beck et al,1996) إلى أن القائمة تتمتع بدلالات اتساق داخلي عالية بطريقة معامل كرونباخ ألفا، بلغت قيمتها لدى عينة مرضى العيادات الخارجية ٠,٩٢ ولدى عينة طلبة الجامعة ٠,٩٣ ومؤشرات ثبات بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني مقداره أسبوع واحد بلغ ٠,٩٣ لدى عينة المرضى النفسيين المراجعين للعيادات الخارجية.

وأشار الدعاسين إلى أن القائمة تتمتع بمؤشرات ثبات عالية نسبياً، بلغت (٠,٨٤، ٠,٨٥، ٠,٨٥) باستخدام معامل كرونباخ ألفا، و(٠,٨٧، ٠,٨٦، ٠,٨٦) بطريقة إعادة الاختبار، وذلك لعينة الذكور، والإناث، والعينة ككل على التوالي.

ولغايات التأكد من أن عينة الدراسة تنسجم مع ما تم تقنينه على البيئة الأردنية، قامت الباحثة بقياس الثبات وأشارت النتائج إلى أن قائمة بيك الثانية للاكتئاب تتمتع بمؤشرات ثبات عالية حيث بلغ معامل كرونباخ ألفا ٠,٩٣ وبطريقة التجزئة النصفية كان معامل الارتباط (٠,٧٨)، وبعد تجزئة المقياس تم حساب كرونباخ ألفا لكل نصف للتأكد من أن ثبات النصفين لا يزال

يتمتع بمؤشرات ثبات عالٍ حتى بعد تجزئته، وتبين أن كرونباخ ألفا للنصف الأول كـــان ٠,٨٧ والنصف الثاني ٠,٨٩ مما يدعم قوة ثبات القائمة بالتجزئة النصفية.

ثانياً: مقياس العجز المرتبط بالألم:((Pain Disability Index (PDI)

أظهرت نتائج الانحدار المتعدد للدراسة التي أجراها Tait, Chibuall,Krause (1990) لدراسة العوامل السيكومترية لمقياس العجز المرتبط بالألم (PDI) بالمقارنة مــع ٩ متغيــرات تتنبأ بدرجات ال PDI وهي (الوقت المقضي في السرير، الأعراض النفس جــسمية، توقــف النشاطات بسبب الألم، الحالة العملية، مدة الألم، شدة الألم الاعتيادي، نوعية الحياة، امتداد الألم أو التعليم) حيث كانت (r=0.74). وأشارت نتائج الدراسة إلى صدق وثبات مرتفع لهــذه الأداة كأداة قياس مختصرة للألم المرتبط بالعجز بحيث كان معامل الفا ٠,٨٦ للثبات بالاتساق الداخلي.

ومن أجل حساب الثبات على عينة الدراسة الحالية تم استخدام معامل كرونباخ ألفا و كــان معامل كرونباخ ألفا = ٠,٩٠.

إجراءات تطبيق الدراسة:

بعد الحصول على الموافقات من بعض المستشفيات ومراكــز التأهيــل والعــلاج الطبيعــي وعيادات العظام والعمود الفقري في عمان، تم توزيع الاستبيانات التي تتضمن (تعليمات تعبئة الاستبيان وطوعية المشاركة والمحافظة على سرية المعلومات عن طريق عدم ربط الاستجابات باسم المشاركين، المعلومات الديمغرافية، متدرج مقياس الألم، قائمة بيــك الثانيــة للاكتئــاب، ومقياس العجز المرتبط بالألم)، بناء على عدد المراجعين الذين يعانون من آلام أســفل الظهــر والمتوقع حضورهم للمركز أو العيادة خلال ٣ أسابيع. بحيث تقوم الباحثة بالتوضيح لأخصائيي العلاج الطبيعي في المراكز كيفية تعبئة البيانات لتوضيحها للمرضى.

ومن ثم يطلب من كل مريض أن يعطي تقديراته على المقاييس بأســلوب التقريــر الــذاتي. وبعدها تم جمع البيانات وتحليلها واستثناء ما هو غير صالح منها. حيث تم توزيع حوالي ٢٥٠ استبيان تم استرجاع ١٤٧ معبأة. وبعد فرزها واستخراج الصالح منها للدراسة تــم اســتخدام ١٢٣ استبيان، حيث استثنت الباحثة ٢٤ بسبب عدم ملائمتهم للعينة (لنقص في البيانات).

المعالجة الإحصائية:

عن طريق استخدام برنامج الـــ SPSS تمت معالجة البيانات عن طريق تحليـــل الانحـــدار بحيث خدمت كل من تقديرات المرضى الذاتية لألمهـــم و درجـــاتهم علــــى مقيـــاس BDI-II كمتغيرات مستقلة و خدمت درجاتهم على مقياس PDI كمتغير تابع. كما تمت مقارنة النتـــائج بناءً على بعض المتغيرات الديموغرافية كالعمر و الجنس و ذلك باستخدام معـــاملات ارتبـــاط بيرسون.

الفصل الرابع

النتائج

الفصل الرابع

النتائج

تم استخدام الإحصاء الوصفي/ التكرارات لمعرفة مدى انتشار كل من متغيرات الدراسة في العينة و الجدول رقم (٦) يوضح نسب الانتشار:

الجدول ٦ النسب المئوية لإنتشار مستويات الألم، الاكتئاب، والعجز

	لا يوجد	خفيف	متوسط	شديد
مستوى الألم	%0	%13	%35.772	%51.219
مستوى الاكتئاب	%36.585	%14.634	%21.951	%26.829
مستوى العجز	%4.88	%27.64	%45.528	%21.951

و بالنظر إلى الجدول أعلاه، وبالنسبة لمتغير الألم، فقد تراوحت درجات تقديرات المشاركين للألم على متدرج الألم ما بين صفر إلى عشر درجات نلاحظ أن ما نسبته (١٣%) من أفراد العينة يقع ضمن مستوى ألم خفيف، و(٣٥,٧٧%) من أفراد العينة يقع ضمن مستوى ألم متوسط، و(٥١,٢٢%) يقع ضمن مستوى ألم شديد.

كما نلاحظ أن معظم أفراد العينة (٦٣,٤١) قد سجلوا درجات اكتئاب تتراوح مابين الاكتئاب الخفيف والاكتئاب الشديد. وإذا نظرنا إلى الاكتئاب بدرجاته المختلفة نلاحظ أن (١٤,٦٣%) من أفراد العينة سجلوا درجات تقع ضمن مستوى الاكتئاب الخفيف، بينما (٢١,٩٥%) منهم سجلوا درجات اكتئاب تقع ضمن مستوى الاكتئاب المتوسط، و(٢٦,٩٥%) منهم كانت درجاتهم ضمن مستوى الاكتئاب الشديد.

أما بالنظر إلى متغير العجز فإن حوالي (٢٧,٦٤%) من أفراد العينة سجلوا درجات تقع ضمن مستوى العجز الخفيف، و(٤٥,٥٣%) من أفراد العينة سجلوا درجات تقع ضمن مستوى العجز المتوسط، بينما(٢١,٩٥%) سجلو درجات تقع ضمن مستوى العجز الشديد.

ولفحص فرضيات الدراسة، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، وكانت النتائج كالآتي :

فيما يتعلق بالفرضية الأولى، التي تنص على أن "هناك علاقة إيجابية بين مستوى الألم والعجز عند مستوى الدلالة (α<0.05)". فقد أظهرت النتائج صحة هذه الفرضية، حيث أن هناك علاقة إيجابية بين مستوى الألم ومستوى العجز عند مستوى الدلالة (α<0.01). بحيث كان معامل ارتباط بيرسون ,٣٥

وفيما يخص الفرضية الثانية، التي كانت تنص على" أن هناك علاقة بين الاكتئاب و الشعور بالعجز عند من يعانون من الألم عند مستوى الدلالة (α<0.05)" . فقد أظهرت النتائج أيضاً صحة هذه الفرضية، حيث أن هناك علاقة إيجابية بين مستوى الاكتئاب ومستوى العجز عند مستوى الدلالة (0.01> α). بحيث كان معامل ارتباط بيرسون ,٦٠

أما فيما يخص الفرضية الثالثة، التي كانت تنص على أن" هناك علاقة بين مستوى الألم والاكتئاب عند مستوى الدلالة (0.05> α)" . فقد أظهرت النتائج صحة هذه الفرضية، حيث أن هناك علاقة إيجابية بين مستوى الألم ومستوى الاكتئاب عند مستوى الدلالة (0.01> α). بحيث كان معامل ارتباط بيرسون ,٣٥ و الجدول رقم (٧) يوضح نتائج تحليل الارتباط:

جدول (٧) قيم معاملات ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة

	مستوى الألم	**مستوى الإكتئاب**
مستوى العجز	0.348*	0.603*
مستوى الألم	1	0.352*

* مستوى الدلالة (0.01> α)

ولقد تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد لمعرفة فيما إذا كان مستوى الألم و درجات المفحوصين على مقياس الاكتئاب يقدمان أي تفسير دال لمستوى العجز عند أفراد العينة.

وأظهرت النتائج أن المتغيرين مجتمعين يتنبئان بـــ ٣٩% من العجز عند العينة (R^2= .39) عند مستوى الدلالة (α<0.01) و F=37.5. وأن كلاً من مستوى الألم ومـــستوى الاكتئـــاب يـــسهم إسهاماً دالاً في تفسير العجز، حيث أن إسهام مستوى الألم في التنبؤ بالعجز عند افراد العينة كان دالاً و عند (α<0.05) ومعامل Beta المعيارية = ٠,١٦. و كذلك الحال بالنسبة إلـــى إســـهام مستوى الاكتئاب، فقد كان إسهامه في التنبؤ بالعجز عند أفراد العينـــة دالاً و عنـــد (α<0.01) ومعامل Beta المعيارية = ٠,٥٥.

ولمعرفة مدى إسهام الاكتئاب لوحده عند ضبط إسهام الألم في تفسير العجـــز عنـــد أفـــراد العينة، قامت الطالبة بتحليل الانحدار الهرمي المتعدد Hierarchical Multiple Regression وتبين أن الاكتئاب لوحده، و بمعزل عن مستوى الالم، يفسر ٣٦% (R^2= 0.36) من العجـــز وأن هذا التفسير دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α<0.01) و F=69.1، عند قيمـــة معامـــل Beta المعيارية = 0.60. وأن مستوى الألم لوحده، و بمعزل عن الاكتـــــئاب، يفـــــسر ١٢% (R^2= 0.12) من العجز. وأن هذا التفسير دالاً إحصائياً عند مستوى الدلالة (α <0.01) و F=16.67، عند قيمة معامل Beta المعيارية = 0.35.

وقامت الباحثة بإجراء تحليل الارتباط لاستكشاف فيما اذا كان هناك أية علاقات ارتباطيـــة بين المتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالـــة الاجتماعيـــة، و الحالـــة الوظيفية) من جهة مع متغيرات الدراسة (مستوى الألم، مستوى الاكتئاب، و مستوى العجز) من جهة أخرى. و أظهرت النتائج ما يلي:

- لا يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الجنس، أو الحالة الاجتماعية وكل من مستويات الألم، ومستويات الاكتئاب ومستويات العجز.
- لا يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين العمر وكل من مـــستويات الألـــم، ومـــستويات العجز. إلاّ أن هناك علاقة ارتباط إيجابية بين العمر ومستوى الاكتئاب عنـــد مـــستوى الدلالة (α <0.05).
- لا يوجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي وكل مـــن مـــستويات الألـــم، ومستويات العجز. إلاّ ان هناك علاقة ارتباطاً سلبياً بين المستوى التعليمـــي ومـــستوى الاكتئاب عند مستوى الدلالة (α <0.05).

- هناك علاقة ارتباط إيجابية بين الحالة الوظيفية وكل من مستوى الألم ومستوى الاكتئاب ومستوى العجز عند مستوى الدلالة (α <0.05). و الجدول رقم(8) يوضح هذه النتائج:

جدول (8) قيم معاملات ارتباط بيرسون بين المتغيرات الديموغرافية و متغيرات الدراسة

	مستوى الالم	مستوى الاكتئاب	مستوى العجز
الجنس	٠,٠٩٢	٠,٠٩٥	-٠,٠٧١
العمر	٠,٢٢١*	٠,٠٥٨	٠,١٤٢
المستوى التعليمي	-٠,١٢٦	-٠,٢٠٢*	-٠,١٠٧
الحالة الاجتماعية	٠,٠٦١	٠,٠٩١	٠,١١٨
الحالة الوظيفية	٠,١٩٩*	٠,٢٢٨*	٠,٢١٥*

* (α <0.05)

الفصل الخامس

المناقشة والتوصيات

المناقشة

على الرغم من التطور الذي شهده العالم في العقود الأخيرة في الكثير من المجالات، خصوصاً الطبية منها، إلا أنه مايزال هناك بعضاً من المشكلات التي تواجه العاملين في القطاعات الصحية أو أي قطاعات أخرى ترتبط بالبشر وقد يعزى ذلك للاختلافات الفردية حيث كل فرد يختلف عن الآخر، أو إلى عدم التكامل بين العلوم، مما يؤثر على نوعية الرعاية المقدمة للمرضى.

يتضح من نتائج الدراسة الحالية أن نسب انتشار الألم والاكتئاب والعجز مرتفعة لدى عينة مرضى آلام الظهر. وتدعم هذه النتيجة الكثير من الدراسات منها: دراسة أجراها Laird, Boyd, Colvin, & Fallon (2008) بهدف فحص الأدبيات المتوفرة وللتحري إذا ما كان هناك أي دليل يَدعم العلاقة السببيَّة بين ألم السرطان و الاكتئاب. كان متوسط انتشار كل من الاكتئاب والألم (٣٦,٥%) وكان هناك ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الألم و الاكتئاب، وارتبطت شدة الألم ايجابيا مع الاكتئاب.

كذلك أظهرت النتائج وجود علاقات ارتباط بين متغيرات الدراسة الثلاثة، (مستوى الألم، مستوى الاكتئاب، ومستوى الشعور بالعجز)، حيث توضح النتائج علاقة بين الألم والشعور بالعجز، كما كشفت النتائج عن وجود العلاقة ذاتها عند أخذ أحد الجوانب النفسية ألا وهو الاكتئاب، كمتغير في المعادلة. مما يؤكد على أهمية الجانب النفسي في قدرة الشخص على أداء الوظائف اليومية. كذلك كشفت الدراسة عن وجود علاقة بين مستوى الألم ومستوى الاكتئاب. وهنا نعود لمشكلة السبب والنتيجة، أي أننا لا نستطيع عند النظر إلى علاقات الارتباط تحديد اتجاه العلاقة، ولهذا تقصت الدراسة معرفة إلى أي حد يستطيع الألم والاكتئاب معاً تفسير العجز. كذلك كيف يستطيع كل منهما منفرداً تفسير العجز عند أفراد العينة. وتعتبر النتيجة التي خلصت لها الدراسة الحالية ذات أهمية في تأكيد دور البعد النفسي إلى جانب الأساس الطبي لمشكلة آلام أسفل الظهر التي تعتبر من مشكلات الآلام المزمنة. وبالنظر إلى النتائج المتعلقة بإسهام كل من المتغيرات على حدة بالعجز؛ يلاحظ أن للبعد النفسي الحظ الأكبر في تفسير العجز، ويمكن تفسير ذلك من خلال أنه عادة ما ينظر إلى مشكلة العجز على أنها ذات منشأ طبي بحت، بالتالي يسعى العاملون في الرعاية الصحية إلى تخفيض مستويات الألم للحد من الشعور بالعجز دون النظر إلى الجانب النفسي الذي أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن الاكتئاب

لوحده – دون النظر إلى بقية المشكلات النفسية التي قد تؤثر في الشعور بالعجز – كان له الدور الاكبر في تفسير الشعور بالعجز عند مرضى آلام أسفل الظهر. وقد دعمت العديد من الدراسات صحة هذه النتائج منها:

دراسة (Haythornthwaite et al, 1991) أظهرت نتائجها أن مرضى الآلام المزمنة المكتئبين مقارنة بغير المكتئبين، وفقاً للعمر، والدرجة على المرغوبية الاجتماعية سجلوا شدة ألم أعلى واستنتاج أعلى للألم، وسلوك الألم. كذلك دراسة أجراها Aceves-Gonzalez & (Prado-Lilia, 2008) ، أظهرت نتائجها أن مرضى التهاب الفقرات القطنية في العمود الفقري، حين يتم إدخال عامل النشاطات الرياضية فيه، مرتبط بالاكتئاب. في دراسة أجراها (Fifield et al, 2002) أشارت إلى أن المصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي وعندهم عجز عن أداء مهماتهم العملية، يسجلون درجة أعلى على مقاييس الألم والاكتئاب مقارنةً بالمرضى القادرين على أداء وظائفهم و أعمالهم اليومية. وفي دراسة أجراها Covic, (et al 2005) أشارت نتائجها إلى وجود ١٢ عاملاً يمكن أن تتنبأ بكون مريض المفاصل يمكن أن يطور أعراضاً اكتئابية في المستقبل نتيجة للألم. وفي دراسة أجراها (Ledermnan et al, 2008) أظهرت نتائجها أن الألم يتنبأ بمستويات اضطرابات بالنوم، بينما يتنبأ الألم والاكتئاب بدرجة أقل بعدم الأداء الوظيفي. وفي دراسة قام بها (Borsbo et al, 2009) كانت العوامل النفسية لا سيما الاكتئاب مؤثرة بشدة على توقع نوعية الحياة والعجز، وتلعب شدة الإحساس بالألم ومدته نوع بسيط جداً في التأثير على نوعية الحياة. على الرغم من وجود ارتباط بين شدة الألم والعجز المدرك.

في دراسة قام بها (Means-Christensen et al, 2008) تشير نتائجها إلى أن هؤلاء المرضى الذين يعانون من أعراض آلام عضلية وصداع وآلام معوية، يقدر بأن تظهر لديهم اضطرابات الألم أكثر من غيرهم بما يتراوح بين ضعفين إلى ١٠ أضعاف . كما أنهم كانوا يعانون أكثر من القلق العام، واضطراب الاكتئاب الرئيسي. تبين كذلك أن المرضى الذين يشعرون بأعراض الألم كان لديهم أداء وظيفي عقلي أدنى. ونسب أكثر حدة فيما يتعلق بالاكتئاب والقلق الاجتماعي واضطراب التوتر. في دراسة قام بها Karoly, Okum, Ruehlman & Pugliese (2007) على مجموعة مكونة من ١٠٠ شخص بالغ يعانون من ألم أسفل الظهر المزمنة و بعد ٣ شهور كان هناك نتيجتان إكلينيكيتان هما: العجز الجسدي و الاكتئاب. وفي دراسة قام بها (Beesdo et al, 2010) خلصت الدراسة إلى أن الألم ارتبط بقوة مع اضطرابات الاكتئاب والقلق المحدد.

هناك ما يشير إلى وجود فروقات بين البشر في إدراك الألم والاكتئاب وتأثيره على إحساس الأفراد بالعجز. وقد حاولت هذه الدراسة تقصي مثل هذه الفروق بالاعتماد على بعض المتغيرات الديمغرافية.

أظهرت النتائج أنه لم يكن هناك فروق بين المشاركين في تقدير الألم بناءً على الجنس و المستوى التعليمي والحالة الوظيفية وقد يعزى ذلك لاعتبارالألم مشكلة عالمية يعاني منها كل البشر باختلاف أدوارهم الجنسوية ومستوياتهم التعليمية والاجتماعية. وتتفق هذ النتيجة مع ما جاء في دراسة باكير (٢٠٠٣)، التي هدفت إلى التعرف إلى أسباب آلام أسفل الظهر وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية كالجنس والوزن والعمر وطرق المقاربة التشخيصية، وأظهرت الدراسة أنه لا يوجد علاقة بين الألم والجنس، كذلك تؤكد نتائج الدراسة التي قام به الخطيب(٢٠٠١) إلى أن آلام أسفل الظهر ليس لها علاقة بالجنس وأيضاً تتفق هذه النتيجة مع ما جاء بالدراسة التي أجراها (Esteve et al, 2007).

إلا أن العمر ارتبط ارتباطاً إيجابياً بمستوى الألم ويمكن تفسير ذلك بأن الدور الاجتماعي يسمح لكبير السن بالتعبير عن ألمه، بالإضافة لذلك فإنه على الأغلب أن يكون لدى المرضى كبار السن أكثر من مشكلة صحية واحدة تؤدي إلى زيادة الشعور بالألم، كما ارتبطت الحالة الوظيفية مع مستويات الألم الأمر الذي يؤكد على أن للألم تبعات تعيق الفرد عن أداء وظائفه. وتعني هذه النتائج أن الأشخاص غير العاملين يدركون شدة ألم أعلى أو أن الألم الشديد يزيد من احتمالية ترك العمل.

أما فيما يخص الاكتئاب فلم تظهر أي فروق في مستويات الاكتئاب عند المشاركين بالنسبة للجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية. على الرغم من أن الأدبيات تشير إلى أن الاكتئاب موجود لدى الإناث بثلاثة أضعاف وجوده بين الذكور، إلا أنه يمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية التي اشارت إلى عدم وجود فروقات إلى وجود بعض المعايير الثقافية والاجتماعية التي تزيد بدورها من العبئ الملقى على الذكر العاجز مقارنة بالأنثى العاجزة. إذ أن المفاهيم الثقافية تلقي العبء الأكبر فيما يتعلق بالدخل والعمل على عاتق الرجل حيث تشير دراسة للمؤسسة العامة للضمان الاجتماعي أن نسبة العاملات في المملكة ٢٣% فقط من فئة العامين مقارنة ب٧٧% من الذكور. بالتالي فإن وجود تلك المتطلبات التي لن يستطيع الذكر القيام بها إذا ما أصيب بالعجز سيزيد من خطورة إصابته بالإكتئاب. أما فيما يتعلق بعدم وجود فروق في مستويات الاكتئاب اعتماداً على العمر فقد أشار (سرحان وزملائه،٢٠٠١) إلى عدم وجود عمر محدد للإصابة

بالاكتئاب، حيث أن الاكتئاب هو مرض يصيب الأفراد في جميع المراحل العمرية، بحيث تناولت العديد من الدراسات وجود الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين والراشدين وكبار السن. وبالنسبة للحالة الاجتماعية فإن هناك الكثير من عدم الاتفاق في نتائج الدراسات فيما يخص هذا الموضوع، حيث لم يكن هناك فئة محددة معرضة أكثر للإصابة بالاكتئاب على اختلاف العينات. وربما يعزى عدم وجود فروق فيما يخص الحالة الاجتماعية في الدراسة الحالية إلى خصائص العينة حيث كان ٦٣% منهم متزوجون، وما تبقى فقط موزعون على بقية الحالات الاجتماعية الأخرى.

إلا أنه وجد هناك فروق في المستوى التعليمي، والحالة الوظيفية. بحيث ارتبطت مستويات الاكتئاب سلبياً مع مستويات التعليم، وتدعم هذه النتيجة دراسة توصلت إلى أن عدد سنوات التعليم كان له دلالة على تخفيض مستوى الاكتئاب، ويمكن دعم هذه النتيجة من خلال دراسة Charnsil & Bathia (2010) والتي بينت أن عدد سنوات التعليم هو العامل الوحيد الذي كان له دلالة ويتنبأ بالاكتئاب.

كما تلعب الحالة الوظيفية دوراً في مستويات الاكتئاب حيث يؤكد (Doan, Thang, Turel & Dunne, (2010 علاقة الحالة الوظيفية و ما يصاحبها من أبعاد اجتماعية اقتصادية مثل البطالة، و إعالة الأسرة وما تخلفه من آثار على تقدير الذات و الحالة المزاجية .

وعن مستويات العجز فلم يكن هناك فروق في تقديرات مستويات العجز في عينة الدراسة بالنسبة للجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ألا أنه كان هناك فروق بالنسبة للحالة الوظيفية التي تعتبر أساساً من أكثر المؤشرات ارتباطاً بالعجز. ويمكن تفسير عدم وجود فروقات إلى الارتفاع العام في مستويات العجز عند مرضى آلام أسفل الظهر مما يؤكد أن متغيرات الدراسة المستقلة هي التي تنبأت بالشعور بالعجز.

التوصيات

- ضرورة دمج خدمات الصحة النفسية ضمن خدمات الصحة العامة.
- تدريب العاملين في مجال الصحة العامة على الانتباه للأوضاع النفسية لمرضاهم.
- إجراء المزيد من الدراسات التي تتعلق بموضوع الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالأمراض المزمنة لا سيما الألم.
- عمل دراسات تتعلق ببرامج علاجية للتخفيف من الاكتئاب والاضطرابات النفسية التي تترافق مع الألم.

المراجع

المراجع

- **العربية**

إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). **الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه.** سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب– الكويت، العدد (٢٣٩).

باكير، أيمن (٢٠٠٣). المقاربة التشخيصية لألم أسفل الظهر، رسالة ماجستيرغير منشورة، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، سوريا.

بشرى، صمويل (٢٠٠٧). **الاكتئاب والعلاج بالواقع.** ط١، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

البطاوي، رضا (٢٠٠٩). الألم. **مجلة الحوار المتمدن.** العدد٢٦١٩.

الحنفي، عبد المنعم (١٩٧٨). **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي.** مكتبة مدبولي. القاهرة.

الخطيب، جمال محمد (٢٠٠٨). **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل.**عمان، الأردن.

الخطيب، محمد أمين (2001). ألم أسفل الظهر. رسالة ماجستيرغير منشورة، جامعة دمشق.سوريا.

الدبابسة، محمد فايز (٢٠١٠). أثر برنامج تعليمي لبعض مهارات السباحة على تخفيف حدة الألم عند مرضى آلام اسفل الظهر. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية.

الدعاسين، خالد عوض (٢٠٠٤). الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة مؤتة.

رشدي، محمد عارف (١٩٩٧).**آلام أسفل الظهر.** الاسكندرية : منشأة المعارف.

السراج، ساطع نجاتي (١٩٩٦). **استفسارات لها إجابة عن أمراض العظام والمفاصل.**ط١، دار الرواد.

سرحان ، وليد؛ الخطيب ، جمال؛ حباشنة ، محمد (٢٠٠١).**الاكتئاب : سلوكيات(٣)**.ط١، عمان، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

الشربيني، لطفي (٢٠٠١). **الاكتئاب: الأسباب والمرض والعلاج**. ط١، دار النهضة العربية. بيروت. لبنان.

الشكر، حسام (٢٠٠٣). أذيات الأطراف الرضية وتحديد نسب العجز الناجمة عنها من وجهة نظر طبية شرعية. رسالة ماجستير. جامعة دمشق، سوريا.

صادق، عادل (١٩٩٨). **نار الألم لها علاج**. دار أخبار اليوم. مصر.

عبد اللطيف، آذار (٢٠٠٢). ***الاكتئاب مرض العصر***. (ط١)، دمشق.

عقل، محمود بدر (٢٠٠٤). **الأساسيات في تشريح الانسان**، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.

عيسى، ريما نبيل موسى (٢٠١٠). أثر استخدام الحقول الكهرومغناطيسية في علاج آلام الظهر ذات المنشأ العضلي عند الرياضيين. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية.

فايد، حسين علي (٢٠٠١). **الاضطرابات السلوكية: تشخيصها، أسبابها**، علاجها. ط١.

كراميلنغر، كبيث (٢٠٠٢). **مايو كلينيك حول الاكتئاب**، الدار العربية للعلوم، بيروت لبنان.

نمارك، بول (١٩٨٨). **آلام الظهر الأسباب والعلاج**، بيروت الدار العربية للعلوم.

هيشان، محمد صالح (١٩٩٠). سيكولوجية الألم والتشوه لدى مصابي الحروق. رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، مصر.

***الأجنبية**

Aceves, G. Prado, L. (2008), Low back Pain and depression: A study in population of Mexican work. **Work**, 2, 159-166.

Alvarenga, Malies, E; Caniato, Riccardo, N; Mauritz, Anika; Braun, Anja; Algeesh, Yousef; Baune, Bernhard, T. (2009), Health servicw utilization in patient with major depression co- morbid pain. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. 63: 101-106.

American Psychiatric Association (2000), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision fourth edition**, Washington ,DC.

Barlow, D (2008), **Clinical hand book of Psychological Disorders**. 4th edition. The Guilford press. New York.

Beck, A (1980), **Cognitive Therapy and emotional disorders** .New York ,International University Press.

Beck ,A .T ,Steer, R .A,& Brown, G. k.(1996), **Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX**: Psychological Corporation**.**

Beesdo,Katja; Jacobi, Frank; Hoyer, Jurgen; Low, Nancy; Hovler, Micheal; Wittchen, Hans-Ulrich. (2010). Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. **Soc Psychiat Epidemiol,** 45: 89-104.

Borsbo, Bjorn; Peulsson, Michael; Gerdle, Bjorn (2009), The complex interplay between Pain intensity, depression, anxiety and catastrophising with respect to quality of life and disability. **Disability and Rehabilitation**, 31 (19): 1605-1613.

Charnsil, C And Bathia, N (2010), Prevalence of depressive disorders among caregivers of children with autism in thailand**. Journal Of Psychiatry**, 11(1),1-9.

Covic,T. Tyson, G. Spencer ,D. Howe , G (2004), Depression in rheumatoid arthritis patients: Demogrephic, clinical , and psychological predictors**. Journal Of Psychosomatic Research**. 60, Issue 5, 469-476.

Coyne, J.C.(1976), Depression and the response of others. **Journal of Abnormal Psychology**, 85. 186-193.

Doan, Vuong Diem Khanh; Thang,Vo Van; Turrell, Gavin & Dunne, Michael (2010), The association between socioeconomic status and depression in Vietnamese adults: a pilot study. **Journal of science**. 16

Esteve, R; Ramirez-Maestrre, C; Lopez-Martinez, A (2007), Adjustment to chronic pain : The role of pain acceptance, coping strategies, and pain- related cognitions. **Ann Behav Med**. 33(2): 179-188.

Felicla,C (2010), Basic principles of pain management: Assessment and intervention. **Nursing Standard**, 25,36-39.

Fifieldk J. R,S,Grady K. (2002), Work disability and the experience of pain and depression in rheumatoid arthritis**. Social Science & Medicine***,* 33, 5, 579-585.

Gildenberg, Philip; DeVaul, Richard. (1985)**, The Chronic Pain Patient: Evaluation and Management.** Karger. New York.

Hannington-Kiff, J. (1974), **Pain Relief. 1st edition**. William Heinemann Medical Books Ltd London.

Hardy, P (1997), **Chronic Pain Management: The Essential. 1st edition**. Greenwich Medical Media. London.

Haythornthwaite, J. A; Sieber, J. W; Kerns, D. R (1991), Depression and chronic pain experience**. Pain**, 46, 177-184.

Hirsh, Adam T., Waxenberg, Lori, Atchison,James W., Gremillion, Henry A., & Robinson, Michael E. (2006), Evidence for sex differences in the relationships of pain, mood, and disability. **The Journal of Pain**. [7(8):592-601].

Karoly, Paul, Okum, Morris A., Ruehlman, Linda S. & Pugliese, John (2007), The impact of goal cognition and pain severity on disability and depression in adults with chronic pain: An examination of direct effects and mediated effects via pain induced fear. **Cognitive therapy research** 32:418-433.

Kauppila, Timo, Pesonen, Anne, Tarkkila, Pekka & Rosenberg (2007), Cognitive function and depression may decrease activities in daily life more strongly than pain in community-dwelling elderly adults living with persistent pain. **Pain practice.** 7(3): 241-247.

Laird, Barry J.A., Boyd, Angela C., Colvin, Lesley A., & Fallon, Marie T. (2008), Are cancer pain and depression interdependent? **A systematic review. Psycho Oncology** 18:459-464.

Ledermnan, Leah; lindner, Helen; Greenwood, Kenneth; Philip, Errol (2008), Depression and pain in night time and daytime functioning of individuals with lupus. **Psychology and Health.** 23 (5): 537-550.

Lerman, Sheera, Rudich, Zvia & Shahar, Golan (2010), Distinguishing affective and somatic dimensions of pain and depression: A confirmatory factor analytic study. **Journal of clinical psychology**. 66(4):456-465.

Lewinsohn, P .M. & Rosenbaum,M. (1987), Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives, and non depressives, **Journal of Personality and Social Psychology**, 52, pp. 611-619.

Lezzoni, Lisa (2010), Multiple chronic conditions and disabilities: Implications for health services research and data demands. **Health Services Research**. 45 (5). 1523-1540.

Liebeskind, John & Paul, Linda. (1977), Psychological Mechanisms of Pain. **Psychology**, 28. 41-69.

Lipton, Sampson. (1979). **The Control of Chronic Pain** , 1st edition. Edward Arnold. Ltd London.

Means-Christensen, Adrienne. J; Roy-Byrne, , Peter, P; Sherbounce, Cathy, D; Craske, Michelle, G; & Stein, Murray, B.(2008), Relationships among pain, anxity, and depression in primary care. **Depression and Anxiety** 25: 593-600.

Mersky, h. (1975), **Psychological of pain. Report Of Symposium Held During The VIII European Rheumatology Congress**.

Miller ,M, Carlton, MD. (2002), **Arthritis and the role of physician in nonmalignant pain and disability** . *The Haworth Press*.

Nicole,K. Salkovskis,P .Hodges, A. Wright, K. J. Hanna, M. Hester, J. (2008), Effect of mood on pain responses and pain tolerance: An experimental study in chronic back pain patients. **Pain**,138, 392-401.

Nursing85 Books. (1985), **Pain (Nursing Now)**. Library of Congress Cataloging in Publication Data.

Roberts ,s. ,Mmenage ,j. and ,j.p.g (1989), biochemical and structural properties of the cartilage end- plate and its relationship to intervertebral disc. **Spine,**14:166

Steiger, h. (1975), **Psychological of pain.** *Report Of Symposium Held During The VIII European Rheumatology Congress.*

Sternbach, Richard. (1978), **The Psychology of Pain**. Raven Press. New York.

Tait RC; Chibnall JT; Krause S. (1990), The Pain Disability Index: psychometric properties. **Pain;** Vol.40(2),pp. 171-182.

Thompson, K (2002), **Depression and Disability***: A Practical Guide*. The North Carolina Office on Disability and Health.

Wilson, Peter. R., Watson, Paul. J., Haythornthwaite, Jennifer. A., Jensen, Troels..(2008)**, Clinical Pain Management**. 2nd edition. Oxford University Press. USA

الملاحق

الأخ العزيز/ الأخت العزيزة:

أضع بين أيديكم هذه المقاييس الثلاث التي تصف بعضا من الحالات الجسمية والنفسية لديكم في الفترة الأخيرة، بعد الانتهاء من اختيار البيانات المتعلقة بالمعلومات الديمغرافية أدناه الرجاء قراءة التعليمات الواردة أعلى كل مقياس بعناية ومن ثم اختيار الخيار الأكثر انسجاماً مع حالتك، علماً أن جميع المعلومات ستستخدم لأغراض البحث العلمي؛ وسيتم إتلافها في حال الانتهاء من الدراسة. شاكرين لكم حسن تعاونكم، وبالشفاء العاجل.

الباحثة: رغدة جرّار

الجنس: ذكر أنثى
العمر: أقل من ١٨ ١٨-٣٠ ٣١-٤٠ ٤١-٥٠ ٥١-٦٥
٦٦ فأكثر
المستوى التعليمي: أقل من ثانوية عامة ثانوية عامة دبلوم بكالوريوس
دراسات عليا
الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق أرمل خاطب
الحالة المهنية: أعمل لا أعمل

<u>مقياس تقدير الألم</u>

الرجاء الأشارة إلى الرقم الذي يعبر عن شدة الألم لديك علماً بأن درجة (٠) تعني أنه لا يوجد ألم، ودرجة (١٠) تعني أكثر ألم يمكن تخيله.

شدة الألم
١٠
٩
٨
٧
٦
٥
٤
٣
٢
١
٠

<u>قائمة تقدير المشاعر</u>

إرشادات: يتكون هذا الاستبيان من ٢١ فقرة، الرجاء قراءة كل عبارة بدقة، ثم اختر العبارة التي تعطي أفضل وصف لمشاعرك خلال الأسبوعين الماضيين بما فيه هذا اليوم. ضع دائرة حول الإجابة التي اخترتها، وإذا وجدت في فقرة ما عدة عبارات تبدو متوافقة مع مشاعرك ضع دائرة حول رمز الإجابة الأكثر موافقة لك تأكد من أنك لم تختر أكثر من عبارة واحدة لأي فقرة بما في ذلك الفقرة ١٦ (التغيرات في نمط النوم) والفقرة ١٨ (التغيرات في الشهية). وتأكد من أنك لم تترك أي فقرة دون إجابة.

١	الحزن	أ. لا أشعر بالحزن. ب. أنا حزين معظم الوقت. ج. أنا حزين طيلة الوقت. د. أنا حزين جداً أو غير سعيد لدرجة لا تحتمل.
٢	التشاؤم	أ. لست متشائماً بشأن مستقبلي. ب. أشعر بتشاؤم بشأن مستقبلي أكثر من المعتاد. ج. لا أتوقع أن الأمور ستجري كما أريد. د. أشعر أن مستقبلي لا أمل فيه أو أنه سيزداد سوءاً.
٣	الفشل السابق	أ. لا أشعر بأني شخص فاشل. ب. لقد فشلت أكثر مما يجب. ج. عندما أنظر لحياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل. د. أشعر أني شخص فاشل تماماً.
٤	فقدان المتعة	أ. أحصل على نفس القدر من المتعة التي كنت أحصل عليها من الأشياء التي أستمتع بها. ب. لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل. ج. أحصل على قدر قليل جداً من المتعة من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها. د. لا أستطيع أن أحصل على أي متعة من الأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها.
٥	مشاعر الذنب	أ. لا أشعر بالذنب. ب. أشعر بالذنب على الكثير من الأشياء التي عملتها أو التي كان يجب أن أعملها. ج. أشعر بالذنب في معظم الأوقات. د. أشعر بالذنب دائما.
٦	مشاعر العقاب	أ. لا أشعر بأنني أعاقب الآن. ب. أشعر بأنني ربما أعاقب الآن. ج. أتوقع بأنني سأعاقب فعلاً. د. أشعر أنني أعاقب الآن.
٧	عدم حب الذات	أ. أشعر بشأن ذاتي كما كنت أشعر دائماً. ب. لقد فقدت الثقة بنفسي. ج. أنا خائب الأمل في نفسي. د. أنا أكره نفسي.

٨	نقد الذات	أ. لا انتقد نفسي أو الومها أكثر من المعتاد. ب. أنا أكثر انتقادا لنفسي من السابق. ج. انتقد نفسي على جميع أخطائي. د. ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.
٩	الأفكار أو الرغبات الإنتحارية	أ. ليست لدي أية أفكار لقتل نفسي. ب. لدي أفكار لقتل نفسي و لكنني لن أنفذها. ج. أرغب في قتل نفسي. د. سأقتل نفسي إن سنحت لي الفرصة.
١٠	البكاء	أ. لا أبكي أكثر من المعتاد. ب. أبكي أكثر من المعتاد. ج. أبكي لأبسط الأشياء. د. أرغب في البكاء و لكن لم يعد باستطاعتي أن أبكي.
١١	التهيج	أ. لست منزعجا أو متوترا أكثر من المعتاد. ب. أشعر بأنني أكثر انزعاجا أو توترا من المعتاد. ج. أنا منزعج جدا أو متهيج جدا حتى انه من الصعب أن ابقى ساكنا. د. أنا منزعج جدا أو متهيج جدا حتى أنه يجب أن أبقى متحركا أو أفعل شيئا ما.
١٢	فقدان الإهتمام	أ. لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالممارسات اليومية و الأنشطة. ب. أنا أقل اهتماما بالآخرين أو بالأشياء من السابق. ج. فقدت معظم اهتمامي بالآخرين أو بالأشياء. د. أجد أنه من الصعوبة الإهتمام بأي شيء.
١٣	التردد (عدم القدرة على اتخاذ القرار)	أ. اتخذ القرارات بنفس الكفاءة التي كنت عليها دائما. ب. أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات. ج. أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير من المعتاد . د. أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار.
١٤	انعدام القيمة	أ. أنا لا أشعر بأنني عديم القيمة. ب. أنا لا أعتبر نفسي ذا قيمة و ذا فائدة كالمعتاد. ج. أشعر بالكثير من عدم القيمة مقارنة بالآخرين. د. أشعر بأنني عديم القيمة تماما.
١٥	فقدان الطاقة	أ. لدي نفس القدر المعتاد من الطاقة. ب. لدي طاقة أقل من المعتاد. ج. ليس لدي الطاقة الكافية لعمل الكثير من الأشياء. د. ليس لدي الطاقة الكافية لعمل أي شيء.

١٦	التغيرات في نمط النوم	أ. لم اعان من أي تغير في نمط نومي. ب١. أنام أكثر من المعتاد بعض الشيء. ب٢. أنام أقل من المعتاد بعض الشيء. ج١. أنام أكثر من المعتاد بكثير. ج٢. أنام أقل من المعتاد بكثير. د١. أنام معظم اليوم. د٢. أستيقظ مبكرا بساعة أو ساعتين و لا أستطيع العودة الى النوم.
١٧	قابلية الإستثارة (الغضب)	أ. لست أكثر استثارة من المعتاد. ب. أنا أكثر استثارة من المعتاد. ج. أنا أكثر استثارة بكثير من المعتاد. د. أنا مستثار طيلة الوقت.
١٨	التغيرات في الشهية	أ. لم اعان من أي تغير في شهيتي. ب١. شهيتي أقل من المعتاد بعض الشيء. ب٢. شهيتي أكبر من المعتاد بعض الشيء. ج١. شهيتي أقل بكثير من السابق. ج٢. شهيتي أكبر بكثير من المعتاد. د١. ليس لدي شهية بتاتا. د٢. اتناول الطعام طيلة الوقت.
١٩	صعوبة التركيز	أ. أستطيع التركيز كما كنت دائما. ب. لا أستطيع التركيز بدقة كالمعتاد. ج. من الصعب أن أركز في شيء لمدة طويلة جدا. د. أجد أنني لا أستطيع أن أركز على أي شيء.
٢٠	التعب أو الإرهاق	أ. لست متعبا أو مرهقا أكثر من المعتاد. ب. أصبح متعبا أو مرهقا أكثر من المعتاد. ج. أنا متعب جدا أو مرهق لدرجة أنني لا أستطيع القيام بالأعمال التي اعتدت عليها. د. أنا متعب جداً أو مرهق جداً لدرجة أنني لا أستطيع أن أنجز معظم الأشياء التي اعتدت أن أنجزها.
٢١	فقدان الإهتمام بالجنس (الرغبة الجنسية)	أ. لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتماماتي الجنسية. ب. انني أقل إهتماما بالأمور الجنسية مما كنت عليه من قبل. ج. أنا الآن أقل اهتماما بالأمور الجنسية بشكل كبير. د. لقد فقدت اهتمامي بالأمور الجنسية تماماً.

مقياس العجز المرتبط بالألم

تم تصميم هذه المتدرجات التقديرية الواردة أدناه لقياس الدرجة التي تتضرر بها جوانب متعددة من حياتك بسبب الألم المزمن. وبمعنى آخر، فإننا نود معرفة مدى منع الألم لك من القيام بالأشياء التي تقوم بها بصورة معتادة، أو من القيام بتلك النشاطات بالجودة التي اعتدت عليها. أجب على كل فئة من خلال الإشارة إلى الأثر الكلي للألم في حياتك، وليس فقط حين يكون الألم في أسوأ حالاته.

يرجى وضع دائرة حول الرقم الذي تعتقد أنه يمثل مستوى العجز الذي تشعر به عادةً في كل من نشاطات الحياة السبعة التالية. حيث يكون معنى الرقم صفر (٠) أنه لا يوجد شعور بالعجز على الإطلاق، ومعنى الرقم عشرة (١٠) أن كل النشاطات التي تنخرط بها عادة قد تضررت بالكامل أو حال دونها ألمك.

(١) مسؤوليات الأسرة/ البيت

تشير هذه الفئة إلى نشاطات متعلقة بالبيت، والأسرة. وتتضمن الأعمال الروتينية، والواجبات التي يؤديها المرء حول البيت (مثل: العمل بساحة المنزل)، وكذلك عمل الأمور المفضلة لأفراد الأسرة الآخرين (مثل: إيصال الأطفال إلى المدرسة بالسيارة).

٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

عدم وجود عجز إطلاقاً — عجز كلي

(٢) الترفيه

تتضمن هذه الفئة الهوايات، والرياضات، والنشاطات المشابهة الأخرى لقضاء أوقات المتعة.

٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

عدم وجود عجز إطلاقاً — عجز كلي

(٣) النشاط الاجتماعي

تشير هذه الفئة إلى النشاطات التي تتضمن المشاركة مع الأصدقاء، والمعارف، وليس أفراد االأسرة. وتتضمن الحفلات، وحضور المسرحيات والأفلام، والأمسيات الموسيقية، وتناول الطعام خارج البيت، وغير ذلك من الوظائف الاجتماعية.

٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

عدم وجود عجز إطلاقاً — عجز كلي

(٤) الوظيفة

تشير هذه الفئة إلى النشاطات التي تشكل جزءاً من عمل المرء، أو ترتبط به مباشرة. وتتضمن هذه الفئة الوظائف غير مدفوعة الأجر كذلك، مثل العمل كربة بيت أو العمل التطوعي.

٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

عدم وجود
عجز إطلاقا
عجز كلي

(٥) السلوك الجنسي

تشير هذه الفئة إلى تكرار، ونوعية الحياة الجنسية للفرد.

٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

عدم وجود
عجز إطلاقاً
عجز كلي

(٦) العناية بالذات

تتضمن هذه الفئة نشاطات تتعلق بالرعاية الشخصية، والمعيشة اليومية باستقلالية (مثل أخذ الحمام، وقيادة السيارة، وارتداء الملابس، إلخ).

٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

عدم وجود
عجز إطلاقاً
عجز كلي

(٧) النشاطات الداعمة للحياة (الانعاشية)

تشير هذه الفئة إلى سلوكات أساسية لاستمرار الحياة مثل تناول الطعام، والنوم، والتنفس.

٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

عدم وجود
عجز إطلاقاً
عجز كلي

Levels of Pain and Depression, and their Relationship with Disability among a Sample of Patients with Low Back Pain in Amman.

By
Raghda A. Jarrar

Supervisor
Dr. Ashraf F. Al- Qudah

Abstract

This study aimed at investigating the contribution of both pain levels and depression levels jointly, and separately, over and above their individual contribution to the explanation of disability among low back pain patients who are attending clinics, hospitals, and physiotherapy centers in Amman.

The currents study sample consisted of (123) patients, chosen deliberately. They completed Beck Depression Inventory – second edition (BDI - II), the Pain Disability Index (PDI), and pain rating Visual Analogue Scales (VASs). Descriptive statistics/ frequencies were used to calculate the prevalence of pain (in different levels), Depression, and disability among the study sample. Pearson correlation coefficient, multiple regression analyses, and hierarchical regression analyses were used to test the hypotheses of the current study.

The results shows elevated levels of pain, depression, and disability among the study sample.100 % of the sample reported elevated levels of pain, 63,4% of the sample reported depression ranging from mild to sever, and 95% reported disability ranging from mild to sever. Pain, depression, and disability were all found to be statistically correlated with each other. Both pain level and depression were found to jointly explain

39% of the disability reported by the participants. Pain alone explains 12% of the disability, whereas depression alone explains 36% of the disability.

This study emphasizes the importance of psychological aspects in the treatment and rehabilitation of low back pain patients and highlights the significant contribution of depression, as one psychological factor, to the high levels of disability reported by low back pain in Jordan.